

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'Angers

Année 1968

N° 22

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par
par Paul-Louis BARRAYA
(Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers)
né le 24 Août 1934 à Paris (9^e)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1968

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE
des HÉMORRAGIES GÉNITALES
après la MÉNOPAUSE
(étude de 450 observations)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'Angers

Année 1968

N°

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par
par Paul-Louis BARRAYA
(Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers)
né le 24 Août 1934 à Paris (9^e)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1968

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE
des HÉMORRAGIES GÉNITALES
après la MÉNOPAUSE
(étude de 450 observations)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS



DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE
des HÉMOPTOÏQUES GÉNÉRALES
après la MÉNOPAUSE

— 1 —

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

- A N G E R S -

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale :

M.M. : DAVID , ROUSSEAU , SARAZIN , AMSLER

Vice-Doyen : Mr R. ROUCHY - Assesseur : Mr H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

Professeurs Titulaires :

M.M. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Rhumatologie
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555419_0022

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.M.	HOCQUET	Parasitologie (M.C.A.)
	PARSY	Oto-Rhino-Laryngologie
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie Générale

III - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.M.	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
Mme	CAVELLAT	Anesthésiologie
M.M.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	DROZ	Histologie et Embryologie
	HY	Dermato-Vénérologie
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie générale
Melle	PRELOT	Zoologie
M.M.	TADEI	Thérapeutique
	de VERNEJOUL	Physique Médicale

IV - A G R E G E S

M.M.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

Secrétaire de la Faculté M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université: Mme GALKOWSKI

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES HEMORRAGIES GENITALES

APRES LA MENOPAUSE

Etude de 450 OBSERVATIONS

A notre MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. ROUCHY

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie ANGERS

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Ses conseils bienveillants, sa large expérience et son esprit critique ont guidé notre apprentissage de la Gynécologie et de l'Obstétrique.

Il nous a inspiré le sujet de cette Thèse qu'il nous fait l'honneur de présider.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre admiration et de notre profond et très respectueux attachement.

A Notre JURY de THESE

- Monsieur le Professeur J. NAULLEAU
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

- Monsieur le Professeur PARSY
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

- Monsieur le Professeur L.M. ROGNON
Chirurgien des Hôpitaux

Ils nous ont fait le grand
honneur d'être nos Juges.

Nous leur exprimons avec
notre profond respect, nos plus
vifs remerciements.

A nos MAITRES en CHIRURGIE

- Monsieur le Professeur R. GOYER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Sous son autorité bienveillante, nous avons acquis dans son Service une pratique chirurgicale rendue profitable par la rigueur de ses conseils et l'excellence de ses critiques.

Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance.

- Monsieur le Docteur P. VAUCLIN

Chef du Service de Chirurgie Générale

Chirurgien des Hôpitaux

Il a guidé nos premiers pas en Chirurgie avec attention et amabilité. Il nous a enseigné la valeur d'une technique rigoureuse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre très respectueuse gratitude.

A Messieurs les Docteurs :

- A. DOUESNEAU
- A. JOLY
- J. MALLET
- J. VAILLANT
- C. VERSTRAETE

Nous devons à leur aide bienveillante
d'avoir tiré tout le profit de l'enseigne-
ment de nos Maîtres.

A Monsieur le Docteur J. CREZE

Monsieur le Docteur P. GROSIEUX

dont nous avons toujours apprécié les
conseils amicaux

A Monsieur le Professeur J. HUGUIER

Son excellent accueil nous a permis d'apprécier la haute
valeur de son enseignement de la gynécologie

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Qui nous a accueilli dans son service avec une rare bienveillance

A Monsieur le Professeur G. CERBONNET

La clarté de son esprit et la valeur de ses conseils ont été
pour nous d'une aide précieuse

A Monsieur le Professeur Agrégé J. GRASSET

Nous lui devons notre premier contact avec l'obstétrique et notre
orientation vers cette spécialité.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse
gratitude.

A ma Grand-Mère

A Mes Parents

avec toute ma tendresse, je dédie
cette thèse.

A mes frères

A tous les miens

A Mes Beaux-Parents

en témoignage de la filiale affection
que j'ai pour eux.

A Ma Femme

A mes camarades d'internat

A mes amis.

Par délibération en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

P L A N

=====

	<u>PAGES</u>
1ère Partie - INTRODUCTION	1
I - Limites du sujet	2
II - Intérêt du sujet	3
III - Endocrinologie de la ménopause	4
2ème Partie - STATISTIQUE GENERALE	11
- Statistique globale	12
- Etudes des différentes étiologies	13
. Vulve et Vagin	13
. Coi utérin	15
. Corps de l'utérus	27
. Trompe	56
. Ovaires	57
. Causes médicamenteuses .	62
. Cause générale	70
3ème Partie - ASPECT STATISTIQUE	71
- Statistique personnelle complète	72
- Répartition des différentes étiologies	74
- Comparaison avec les statistiques anté- rieures	76
4ème Partie - ASPECT DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE	77
5ème Partie - CONCLUSION	89

BIBLIOGRAPHIE

1ère PARTIE

I N T R O D U C T I O N

=====

- *Limites du sujet*
- *Intérêt*
- *Endocrinologie de la post-ménopause*

I N T R O D U C T I O N

Syndrome inquiétant, motif fréquent de consultation, le diagnostic étiologique des hémorragies génitales post-ménopausiques est dominé par le cancer. Sa fréquence et sa gravité ne justifient plus cependant les solutions d'emblée radicales. Une démarche diagnostique rigoureuse doit au contraire déboucher sur une thérapeutique précise.

(I) - *LIMITES DU SUJET*

Le problème est donc étiologique. C'est pourquoi nous avons préféré au terme "métrorragie", issue de sang venant par définition de l'utérus, et qui implique déjà un premier diagnostic topographique, celui d'HEMORRAGIE GENITALE qui englobe l'ensemble des hémorragies se faisant jour à la vulve. Notre statistique comprend donc toutes les femmes ménopausées qui saignent quel que soit l'étage d'origine du sang : ovaires, trompes, utérus, mais aussi vagin et vulve, y compris le méat urétral. Les hématuries et les rectorragies, parfois confondues avec une hémorragie génitale, sont exclues, le simple interrogatoire en précisant, en règle, l'origine.

Un deuxième terme doit être précisé. Nous avons pris

comme critère de "post-ménopause" un délai de un an depuis l'arrêt total des règles.

Nous verrons la relativité de cette limite au point de vue physiologique. Il nous est apparu qu'au point de vue strictement pratique, ce délai était raisonnable pour pouvoir parler d'hémorragie pathologique. C'est d'ailleurs celui qui sert de base à la majorité des statistiques et permet de les comparer. Il se justifie puisque l'étude détaillée de chaque cas a pratiquement toujours permis d'invoquer une étiologie précise. A de rares exceptions près, les différents auteurs ne citent que peu de cas de "reviviscence ovarienne", seule rubrique pouvant laisser un doute sur la réalité de l'état post-ménopausique.

(II) - INTERET DU SUJET

Il est de pratique courante.

Personne devant une métrorragie en période d'activité génitale ne se permet un traitement avant d'avoir un diagnostic dont l'orientation diffère selon qu'existe ou non une grossesse. La raison en est la rareté des indications radicales chez la femme jeune où la possibilité de gestations ultérieures rend primordial le désir de conservation et le souci d'une thérapeutique sans séquelles.

Passée la ménopause et les problèmes de maternité, l'optique est facilement différente. Classiquement, l'utérus n'a plus guère d'utilité, les ovaires sont relégués classiquement au rang d'organes inactifs et leur ablation n'a apparemment aucune influence organique ou psychique. L'hystérectomie ne rencontre guère de réticence de la part du médecin, ni de la malade qui souvent la souhaite et la réclame. De là à confondre symptôme et maladie, il n'y a qu'un pas et le diagnostic imprécis de "métrorragie post-ménopausique" conduit à l'hystérectomie. J.L. FAURE la prônait à juste titre devant la hantise du cancer. L'équation rigi-

de a perdu sa valeur. L'étude histologique systématique des pièces opératoires a ramené la fréquence des lésions malignes à son juste niveau. Les moyens d'investigations sont devenus plus nombreux, plus utilisables, et plus précis. La thérapeutique enfin a évolué et l'hystérectomie qu'elle qu'en soit l'indication, n'est que rarement le premier geste. Préparation, réanimation, traitement anti-infectieux et surtout, dans les cancers, agents physiques doivent parfois la précéder.

Au total, un diagnostic plus précis doit actuellement permettre une thérapeutique mieux adaptée et

- éviter le plus possible l'hystérectomie pour lésion bénigne ce qui implique l'élimination formelle du cancer.
- éviter l'hystérectomie hâtive, thérapeutique inadaptée au traitement de certains néoplasmes.

La notion du terrain vient à l'appui de ces assertions : obésité, hypertension, état général médiocre sont fréquents. La chirurgie des sujets âgés fait courir un risque qui n'est admissible que pour une indication pleinement justifiée. Lorsqu'elle est indispensable elle doit s'entourer de toutes les garanties nécessaires pour opérer dans des conditions de préparation satisfaisante.

(III) ENDOCRINOLOGIE de la MENOPAUSE

Le phénomène patent, objectif, qui caractérise la ménopause est l'arrêt définitif des règles.

Cette définition clinique ne rend pas compte des modifications biologiques et anatomiques qui se produisent pendant un laps de temps de plusieurs dont l'arrêt de la menstruation n'est qu'un épisode.

Pendant longtemps, on a considéré que, survenant d'emblée ou précédée d'une période d'irrégularités, la ménopause marquait la cessation définitive de toute activité sécrétoire ovarienne, avec, comme

conséquence, l'atrophie des récepteurs génitaux. L'expérience clinique est venue apporter une première correction à cette théorie, nombre de femmes gardant après la ménopause un tractus génital non aplasié. Le développement des examens biologiques, l'étude histologique de l'utérus et des ovaires après intervention ont conduit à modifier ce schéma trop simpliste.

Actuellement on considère qu'il existe trois stades dans la durée totale, variable, s'étendant sur des années et on distingue :

- la préménopause
- la ménopause confirmée
- la ménopause sénile ou atrophique.

1 - La PREMENOPAUSE

Anatomiquement, elle est caractérisée par le retrait intermittent et isolé de la fonction progestative . L'ovulation ne se produit plus à chaque cycle et le follicule n'est qu'une fois sur deux ou trois transformé en corps jaune.

Cliniquement apparaissent des phases d'aménorrhée pendant lesquelles le décalage thermique ne se produit plus.

Les récepteurs reflètent l'action des seuls oestrogènes, privés de l'antagonisme lutéal :

- .. endomètre en état folliculinique persistant
- .. présence d'une glaire cervicale.
- .. vagin souple et humide.

Biologiquement , augmentation des oestrogènes urinaires, prégnandiol effondré pendant les phases d'aménorrhée et augmentation des gonadotrophines hypophysaires, caractérisent cette phase d'irrégularités menstruelles avec bouffées de chaleur intermittentes.

3 - La MENOPAUSE PROPREMENT DITE ou Ménopause confirmée ou post-ménopause

caractérisée par l'absence définitive de corps jaune.

Les follicules dont le nombre diminue ne subissent plus de lutéinisation. Ils évoluent vers l'hypoplasie ou la transformation kystique mais demeurent excitables par les gonatrophines. La sécrétion d'oestrogènes baisse mais persiste quoique faible.

Au point de vue clinique, l'aménorrhée est définitive. Les récepteurs gardent une certaine trophicité directement fonction de leur réceptivité vis-à-vis des oestrogènes : endomètre plus atrophique que le vagin dont la sensibilité est meilleure.

Biologiquement :

- les frottis vaginaux évoluent vers l'atrophie : chute de l'index caryopycnotique puis apparition des cellules basales
- le prégnandiol est pratiquement inexistant.
- les oestrogènes baissent rapidement pour se stabiliser à un taux d'environ 20 γ
- les gonadotrophines restent stables à un taux élevé (F.S.H. 80 à 100 Unités souris)

3 - MENOPAUSE SENILE ou ATROPHIQUE

marquée par la sénescence ovarienne définitive

Anatomiquement, les follicules ont disparu des ovaires atrophiques où le cortex est quasi inexistant et où seules persistent au niveau du hile, quelques cellules peut-être susceptibles d'activité.

Cliniquement l'atrophie génitale est de plus en plus marquée.

Biologiquement : le taux d'oestrogènes chute à son tour. Les gonadotrophines elles-mêmes diminuent, témoin de la sénescence hypophysaire.

Ce schéma est certainement plus proche de la réalité. Cependant, si le mécanisme de la préménopause est admis par tous, il n'en est pas de même pour les phases suivantes ou des divergences persistent entre les différents auteurs. La valeur des examens complémentaires et leur signification est discutée. L'interprétation des résultats l'est encore plus, comparée aux études histologiques des ovaires et de l'endomètre. Enfin, la pathologie de la post-ménopause ne cadre pas toujours avec les hypothèses physiopathologiques.

Critiques des examens complémentaires .

- Les frottis vaginaux hormonaux ont une valeur relative en période préménopausique où l'absence d'antagonisme lutéal peut en fausser les résultats dans le sens d'une hyperoestrogénie (PERRAULT et KLOTZ)

En période de ménopause confirmée, la part de l'infection rend difficile l'appréciation des cellules superficielles. ARSEN'EVA sur 198 cas, a montré l'absence habituelle de corrélation entre les résultats des frottis et ceux des dosages hormonaux.

- Les dosages des gonadotrophines urinaires est sujet à caution. APOSTOLAKIS a prouvé leur très basse clearance, de l'ordre de 0,04 à 0,40 ml/mn. responsable d'une élimination urinaire qui n'est qu'une partie de la production.

Leur persistance à un taux élevé (80 à 100 U.S.) en phase de ménopause confirmée est cependant admise (VALLETTE-SPITALIER) de même que leur baisse progressive en phase atrophique avancée.

La séparation des activités F.S.H. et L.H. apporte actuellement un regain d'intérêt à cette question. YAHIA et MELVIN (1944) étudiant l'excrétion chez un lot témoin par comparaison

avec des malades ayant un cancer de l'endomètre ont montré leur grande variabilité d'un jour à l'autre.

- Le dosage des oestrogènes est courant. Mais il s'agit des métabolites urinaires totaux dont l'interprétation a fait l'objet de multiples travaux.

La réalité d'une sécrétion oestrogénique après la ménopause est admise par tous. MAC BRIDE (1957) considère que cette sécrétion est constante après la ménopause. PAULSEN obtient des taux moyens équivalents pour les cinq premières années et par tranches de 5 ans, jusqu'à plus de 30 ans après l'arrêt des règles. Pour FURUHJELM, KLOTZ, et JAYLE, PINCUS, ce taux n'est pas constant mais baisse régulièrement avec l'âge.

CARCATOULIS (1961) résume ainsi l'état actuel de nos connaissances :

- .. les oestrogènes continuent longtemps après la ménopause leur excrétion chez la grande majorité des femmes.
- .. le taux d'élimination moyen se situe aux environs de $15 \mu\text{g}/24\text{h}$.
- .. Cette excrétion ne revêt aucune forme cyclique, sauf dans les premiers mois (BULBROOK) ou même la première année (FRANCK, FLUHMANN).
- .. le taux d'élimination diffère notablement d'une femme ménopausée à l'autre et d'un jour à l'autre chez la même femme.
- .. enfin, c'est l'oestriol qui est excrété en plus grande quantité supérieure à la somme de l'oestrone et de l'oestradiol.

La source des oestrogènes post-ménopausiques n'est pas nettement déterminée :

- a) - ORIGINE SURRENALIENNE: STRONG, SCULLY l'ont admise de même que GARDNER et RIDLEY (1964) qui, comparant l'excrétion chez des femmes castrées et ménopausées, trouvent des taux équivalents et

éliminent ainsi une origine ovarienne. La touche d'hypercorticisme clinique de la ménopause apporte un argument confirmé par l'augmentation fréquente des 17 Céto-stéroïdes et l'allure androgéno-oestrogénique des frottis. L'arrêt du fonctionnement ovarien est peut-être responsable (PALMER) d'un hyperfonctionnement cortico-surrénalien en partie compensateur, " la surrénale jouant le rôle de glande sexuelle secondaire favorisant l'adaptation de l'organisme à la carence hormonale post-ménopausique " (ROUCHY).

b) - ORIGINE OVARIENNE

Contrairement aux opinions qui considèrent l'involution ovarienne comme s'accompagnant d'un déficit fonctionnel rapide, différents auteurs ont mis l'accent sur une sécrétion oestrogénique persistante au niveau de l'ovaire. DUBREUIL et COLLIN ont les premiers évoqué le rôle fonctionnel de la thèque interne des follicules involutifs. Pour HERTIG, le stroma peut être en cause par un "granulome cortical" fait de cellules polyédriques à contenu lipidique. NETTER (1956) fait jouer un rôle à des formations cellulaires du hile, d'aspect sécrétant, îlots de cellules de Leydig ou cellules de Berger.

Sous des dénominations diverses, les auteurs décrivent ces modifications ovariennes : FRAENKEL en 1943, HELLER en 1944, WOLL, HERTIG et SMITH en 1948, LAFARGUE en 1951, NOVAK, DICZFALUSY LAURITZEN, ainsi que YIN et SUMMER en 1961, plus récemment LAJOS, SERMENT en 1966. Qu'il s'agisse d' "hyperplasie du stroma" , "hyperthécose" , "tumeur du tissu interstitiel" , on retrouve les deux modifications essentielles : hyperplasie thécale et hyperplasie des cellules du hile. Dans nombre de cas, l'ablation des annexes a fait disparaître les signes cliniques et biologiques d'hyperoestrogénie permettant d'établir leur relation de cause à effet avec les aspects ovariens.

Une observation de SCULLY apportait un argument en faveur de cette origine ovarienne mais en faisant la part de la

surrénale : baisse des oestrogènes après annexectomie mais remontée deux ans plus tard et chute définitive après surrénalectomie.

Plus récemment, TROPEA (1968) utilisant le dosage biologique de LH met l'accent sur l'importance du niveau central hypothalamique et les altérations secondaires de la sécrétion gonadotrope : l'hyper-gonadotrophinurie post-ménopausique porterait sur F.S.H. mais aussi LH., responsable de la sécrétion surrénalienne d'oestrogènes. Dans la préménopause, le fait essentiel serait l'absence de rythme cyclique entre L.H. et F.S.H. avec altération de leur rapport, entraînant une alternance de cycles anovulatoires et ovulatoires, même avec des taux hormonaux faibles.

Dans la ménopause confirmée où persiste une sécrétion oestrogénique ovarienne et surrénalienne, les troubles fonctionnels pourraient être attribués plus souvent à la sénescence générale contemporaine et au déséquilibre neuro-végétatif général qu'à un déficit oestrogénique.

2ème PARTIE

S T A T I S T I Q U E G E N E R A L E
=====

- *STATISTIQUE GLOBALE*

- *ETUDE des DIVERSES ETIOLOGIES*

STATISTIQUE GLOBALE

Nos observations ont été recueillies :

- d'une part dans le Service de Clinique Obstétricale et Gynécologique du Centre Hospitalier d'ANGERS
- d'autre part, dans les observations de clientèle personnelle (Professeur ROUCHY).

Sur 450 cas, 35 observations n'ont pu être utilisées. Le plus souvent, il s'agit de malades perdues de vue après un ou plusieurs examens, en tout cas, avant qu'un diagnostic vraisemblable ait pu être porté. Nous n'avons pas fait état de diagnostics non confirmés. Nous n'avons pas non plus classé ces cas dans une rubrique "cause indéterminée", ce qui impliquerait un échec des moyens d'investigation.

Les 450 observations se répartissent ainsi :

- non utilisables	35
- vulve et vagin (y compris méat urinaire) .	27
- col utérin	116
- corps utérin	216
- trompes	1
- ovaires	14
- cause médicamenteuse	40
- cause générale	1

ETUDE DES DIVERSES ETIOLOGIES

I - VULVE et VAGIN : 27 CAS

Lésions bénignes :	26	. méat urétral	10
		. vaginite à trichomonas.	7
		. vaginite sénile	8
		. ulcération par pessaire	1

Lésion maligne : 1

1 - LE MEAT URETRAL EST EN CAUSE 10 FOIS

Un certain degré d'éversion muqueuse est pratiquement physiologique, contemporain de l'atrophie vulvaire. S'il est important, il en résulte un aspect pseudo-polypeux qui peut s'ulcérer et saigner. La taille en est variable, en règle modérée. Une seule fois, une formation framboisée d'aspect franchement tumoral, de deux centimètres de diamètre, très hémorragique au contact, nous a fait douter de la bénignité. Frottis et biopsie en ont confirmé la nature inflammatoire.

Le diagnostic positif de ces lésions ne pose aucun problème , les frottis de principe confirment la bénignité avant traitement, le plus souvent par thérapeutique anti-infectieuse et électrocoagulation.

2 - VAGINITE à TRICHOMONAS : 7

1000

Là encore, le diagnostic est facile : aspect typique de

la leucorrhée qui accompagne l'hémorragie, identification du parasite par l'examen sur lame. La colposcopie montre souvent, associée à la colpite, une cervicite typique, prenant au Lugol l'aspect de "peau de léopard".

Le traitement guérit les lésions et permet frottis et colposcopie de contrôle, qui sont bien entendu indispensables.

3 - VAGINITE SENILE : 8

Nous avons groupé dans cette rubrique les lésions atrophiques du vagin avec aspect très sec, saignement au contact et fréquence à l'examen bactériologique, des germes "banaux". Le critère en est thérapeutique : traitement anti-infectieux et oestrogénothérapie à action locale.

4 - ULCERATION PAR PESSAIRE : 1

Diagnostic évident d'une ulcération apparue sur un vagin en état d'infection chronique, négativité de la biopsie et guérison par suppression du corps étranger et traitement anti-infectieux.

5 - LESION MALIGNE : 1

Il s'agissait d'une tumeur du dôme vaginal, bourgeonnante, apparue vingt ans après une hystérectomie chez une femme de 53 ans. L'aspect histologique n'a pas permis de confirmer l'origine cervicale (cancer du col restant ?) ou vaginale (récidive vaginale d'un cancer du col ou cancer du vagin ?)

AU TOTAL, la grande majorité des lésions vulvo-vaginales est bénigne. Le diagnostic ne pose en règle, aucun problème. Encore faut-il s'assurer :

- qu'il s'agit bien d'une lésion bénigne par frottis et éventuellement biopsie avant traitement
- qu'il n'y a pas une autre cause à l'hémorragie, par l'examen clinique, les frottis et la colposcopie systématiques, après au besoin traitement anti-infectieux.

Le meilleur critère de bénignité reste l'arrêt de l'hémorragie après traitement dont il faut vérifier la réalité par un examen de contrôle. Au moindre doute, la poursuite des investigations est impérative.

II - COL UTERIN : 116 CAS

=====

Lésions bénignes	50
- Infection cervicale	14
- Ulcération par pessaire.	7
- polypes muqueux du col .	29

Lésions malignes	66
------------------------	----

.....	
: A : LESIONS BENIGNES DU COL UTERIN :	50
.....	

1 - CERVICITE : 14 cas

Au point de vue clinique, il s'agit en règle de métrorragies très peu abondantes colorant souvent une leucorrhée ancienne ayant déjà été l'objet de traitements.

Un ectropion infecté a été retrouvé trois fois dont une sur col prolabé. Il existait au spéculum une zone iodo-négative que la colposcopie a confirmé être une ectopie ; frottis infectieux sans cellules anormales. Le diagnostic a été confirmé deux fois par biopsie, une fois par étude de la pièce d'hystérectomie vaginale ; deux fois, les investigations ont été poussées plus loin, curetage biopsique et hystérographie : pas d'anomalies.

Sept fois coexistait un prolapsus dont un sur col restant, jusque là négligé, l'apparition de sang entraînant la consultation : Col rouge à l'inspection, avec saignement au contact ; frottis sans anomalies cellulaires mais difficiles à interpréter en raison de l'infection et de la présence d'hématies ; colposcopie deux fois, difficile à interpréter (col prenant mal le Lugol, vaisseaux bien visibles) ; diagnostic confirmé par biopsie ou pièce opératoire (hystérectomie ou amputation du col) : cervicite subaiguë sans caractère de malignité. L'hystérectomie faite six fois n'a rien montré d'autre que l'aspect dû au prolapsus. Le col restant a fait l'objet d'un curetage biopsique : pas d'anomalies.

Quatre fois, l'exocervicite banale était confirmée par la biopsie d'une zone saignant plus facilement au contact. Frottis normaux sans grande valeur. Deux fois, furent pratiquées, sans déceler d'autre étiologie possible biopsie d'endomètre ou hystérographie.

2 - ULCERATION PAR PESSAIRE : 7 cas

Là encore, c'est une consultation pour métrorragies minimes d'apparition récente sur un fond infectieux ancien. Une vaginite est notée le plus souvent. Dans sept cas, une ulcération du col était responsable. Deux fois, la biopsie ne fut pas faite : pas de nouvelle consultation après ablation du pessaire et traitement anti-infectieux mais les frottis étaient normaux. Une malade a été revue plus tard : col normal. Dans les autres cas, biopsie ou pièce opératoire ont confir-

mé le diagnostic : exulcération superficielle avec cervicite subaiguë chronique, lésion bénigne. Trois fois l'hystérogaphie a été pratiquée pour bilan préopératoire du prolapsus.

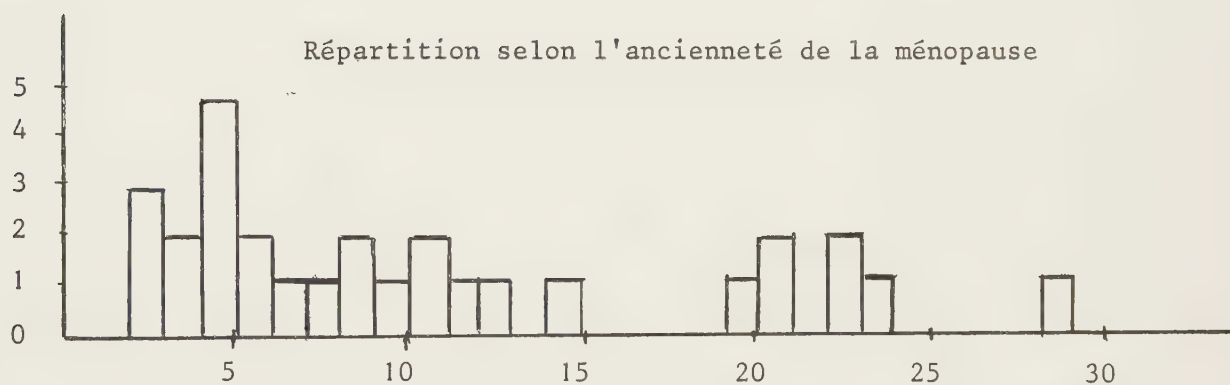
LE DIAGNOSTIC DE CES INFECTIONS OU ULCERATIONS CERVICALES se pose au total devant des métrorragies peu abondantes, parfois provoquées (quatre fois sur 21), associées le plus souvent à une leucorrhée. L'examen clinique n'apporte pas d'autre renseignement, sinon la fréquence du prolapsus (15 sur 21) qui constitue un facteur d'irritation, et d'infection lorsqu'il est maintenu par un pessaire. Les frottis de dépistage sont systématiques mais leur valeur discutable en raison de l'infection surajoutée. Ils ne doivent en aucun cas se substituer à la biopsie devant une ulcération limitée.

Quand il n'existe pas d'autre élément clinique anormal, il semble que l'on puisse se passer d'autres examens complémentaires à la condition expresse de vérifier la guérison par un nouvel examen avec frottis de contrôle dont l'indication est alors formelle.

3 - POLYPES DU COL UTERIN : 29 cas

Cliniquement les métrorragies sont en règle, minimales, sans caractère précis, irrégulières ; trois fois seulement, il s'agissait d'hémorragies provoquées. La leucorrhée est irrégulièrement associée.

La répartition selon l'âge ne donne pas d'indication précise. L'ancienneté de la ménopause paraît peut-être jouer un rôle : la majorité des polypes ayant été découverts dans les dix premières années. L'étude des antécédents ne permet aucune conclusion. Le nombre des grossesses en particulier est très irrégulièrement réparti. Deux fois seulement, il s'agissait d'une récurrence après ablation d'un polype muqueux, l'un pré, l'autre post-ménopausique.



Le diagnostic est le plus souvent clinique, dès l'examen au spéculum : 21 fois sur 29 apparaissait à l'orifice externe du col un polype sessile ou pédiculé ; frottis infectieux. L'ablation par bistournage des polypes pédiculés est en général contemporaine du premier examen et permet l'étude histologique : polyadénome du canal cervical ; à noter l'existence fréquente d'une métaplasie malpighienne et d'une réaction inflammatoire chronique . Trois fois seulement, il s'agissait d'un polype fibreux du col.

Dans les polypes sessiles, c'est le curetage qui permettra l'ablation et l'examen anatomo-pathologique : polype muqueux banal ou hyperplasie glandulaire adénomateuse.

Examens complémentaires :

- L'hystérographie a été pratiquée 25 fois : elle a confirmé le diagnostic huit fois. Ailleurs, elle a permis d'éliminer une autre cause endo-utérine. C'est à ce titre qu'elle prend toute sa valeur et gagne à être systématique. Si les 29 cas de cette rubrique sont des cas "purs", où n'a été décelé aucune autre cause à l'hémorragie, nous verrons qu'un polype de l'endocol coexistait parfois avec d'autres lésions, en particulier le cancer de l'endomètre. Même s'il n'y a pas de relation évidente de cause à effet, ce seul fait justifie l'hystérographie devant toute lésion polypeuse du col.
- Le curetage biopsique a été pratiqué 13 fois ; soit pour permettre l'ablation du polype, soit pour vérifier la muqueuse endométriale devant un aspect radiologique douteux. Il doit être fait au moindre doute et bien sûr être étagé, muqueuse de l'endocol et de l'endomètre prélevées séparément. Nous avons en règle, ramené un endomètre atrophique (pas de débris endométriaux trois fois). Une seule fois existait une muqueuse irrégulièrement hyperplasique.

Au total : Le diagnostic est clinique dès l'examen au spéculum. Les frottis systématiques ne font que confirmer l'infection surajoutée. L'hystérographie s'impose avant ou après ablation du polype suivis au moindre doute de curetage biopsique.

Là encore, un frottis de contrôle paraît indispensable dans les suites.

Nous n'avons demandé qu'une seule fois, un bilan hormonal chez une femme de 56 ans, ménopausée depuis quatre ans qui présentait des signes cliniques d'imprégnation oestrogénique et un polype de l'endocol sans autre image hystérographique : oestrogènes à 113 γ et Prégnañdiol à 3,7 gr. Le curetage biopsique n'a montré pourtant

qu'une atrophie de la muqueuse andométriale. La malade a été revue depuis : aucune anomalie.

.....
: B :
.....

CANCERS DU COL de l' UTERUS : 66 cas

GENERALITES

=====

L'âge de découverte du cancer est à peu près régulièrement réparti, de même que l'ancienneté de la ménopause qui ne semble pas jouer de rôle.

L'étude des antécédents obstétricaux, lorsque le nombre de grossesses était précisé, a montré une seule nullipare, 40 % environ de femmes ayant trois enfants au moins, 60 %, quatre ou plus. Compte tenu du pourcentage plus faible dans la population normale des grandes multipares, le cancer semble relativement plus fréquent chez elles.

Antécédents gynécologiques

- Hystérectomie subtotale : six cancers étaient des cancers sur col restant. Il s'agissait chaque fois d'une hystérectomie subtotale sans conservation annexielle, ayant entraîné la ménopause. Cinq avaient été faites pour fibrome, une pour salpingite bilatérale. Dans tous les cas l'apparition du cancer est survenue longtemps après l'intervention, respectivement 8, 15, 21, 25, 25 et 43 ans, ce dernier chez une femme de 67 ans. ans hystérectomisée pour fibrome (?) à 24 ans.

- Lésions infectieuses : deux cas patents seulement, de salpingite (une hystérectomie subtotale, une annexectomie)
- Un kyste de l'ovaire dermoïde opéré cinq avant la ménopause.
- Polypes du col : deux cas : tous les deux enlevés par bistournage avant la ménopause (histologie non précisée) n'ayant présenté depuis aucune hémorragie. Une fois, le cancer s'est développé sur un polype muqueux bénin, mais il n'y avait jamais eu d'hémorragie. La transformation maligne a été découverte à l'examen histologique du polype inconnu jusque là.
- Prolapsus : notons enfin l'existence de deux prolapsus, l'association avec le cancer du col étant considérée comme peu fréquente.
 - . L'un opéré 10 ans auparavant par voie basse, vu au stade III alors que les hémorragies accompagnées de leucorrhée duraient depuis deux ans sous traitement anti-infectieux ! Une épisiotomie a été nécessaire sous anesthésie générale pour découvrir le col ulcéré par un énorme cratère.
 - . L'autre chez une femme de 57 ans, ménopausée depuis six ans dont le prolapsus du degré II était maintenu par un pessaire. Il existait une ulcération vaginale s'étendant à la lèvre postérieure du col et passant à première vue pour une ulcération par le pessaire. En fait, la colposcopie rendait suspecte la zone cervicale où la biopsie confirmait l'existence d'un épithélioma pavimenteux peu différencié très invasif. Il faut insister, malgré la rareté de telles associations, sur l'importance de la biopsie au moindre doute sans se contenter du diagnostic

d'ulcération mécanique par le pessaire dont la présence a ici, retardé le diagnostic en lui faisant rapporter leucorrhée et métrorragies.

Le caractère des métrorragies est très variable. Bien que non précisé dans toutes les observations, le caractère provoqué apparaît assez rare. L'abondance est aussi très variable, de la simple goutte de sang associée à des leucorrhées, jusqu'à l'hémorragie abondante de sang rouge. Nous n'avons retrouvé aucun parallélisme entre l'abondance de l'hémorragie et l'importance des lésions, ni même avec leur aspect macroscopique. Les formes végétantes en particulier ne nous ont pas paru avoir donné lieu à des hémorragies plus importantes.

Les signes accompagnateurs n'ont rien de particulier : trois fois seulement a été noté un amaigrissement récent, quatre fois des douleurs pelviennes. Encore n'est-il pas possible de les rapporter toujours au cancer puisqu'il s'agissait dans un cas d'épithélioma intra-épithélial.

ETUDE CLINIQUE et EXAMENS COMPLEMENTAIRES

=====

a) Diagnostic évident dès l'examen au spéculum :

- 35 fois soit plus de 50 %. L'aspect du col ne laissait aucun doute sur la réalité du cancer devant :

... 23 formes bourgeonnantes

... 12 ulcérations

dont

... l'aspect irrégulier

... l'hypervascularisation

... l'hémorragie au moindre contact

affirmaient la malignité.

Devant ces lésions typiques

. les frottis, très hémorragiques, le Lugol, sont inutiles

. la colposcopie n'amène aucun élément supplémentaire.

. la biopsie apporte la confirmation et le type histologique.

Le toucher vaginal ajoute aux autres caractères l'induration du col et permet de définir avec le toucher rectal le stade clinique selon la classification de Genève.

Au total, aucun problème de diagnostic positif, les autres examens ne sont plus que des éléments de pronostic et d'indication thérapeutique.

L'aspect typique évident de lésion avancée n'a été infirmé qu'une fois par l'histologie : gros bourgeon débordant le col qui s'est avéré après biopsies répétées, être un polype muqueux (cf. Supra).

b) Diagnostic au spéculum de lésion suspecte conduisant à la biopsie
22 cas.

Il n'y a pas de diagnostic évident, mais cependant une lésion de l'endocol :

- . ulcération limitée d'une lèvre
- . zone rouge
- . ectopie péri-orificielle inhabituelle après la ménopause
- . Bourgeon ou ulcération à la limite de l'endocol

- Les frottis : cinq fois de classe III, deux fois classe IV. Les observations ne font pas état de leur pratique systématique. La biopsie d'emblée les a souvent supplantés.
- Le badigeonnage au Lugol est systématique. L'aspect n'en est pas noté dans toutes les observations. Sa valeur est moindre qu'en période préménopausique, d'autant qu'il s'agissait là de cols présentant une lésion patente et localisée.
- La colposcopie a été faite dans toutes les observations récentes. Les aspects rencontrés sont variables. L'intérêt majeur a été de permettre une meilleure localisation de la biopsie.
- En fait , c'est là encore la biopsie qui a toujours permis la con-

firmination. Elle n'a pas toujours été faite d'emblée mais parfois au deuxième examen, après traitement anti-infectieux de quelques jours.

- Le toucher vaginal là encore apporte un argument supplémentaire quand il permet la constatation d'une induration du col en dépassant parfois les limites. C'est le cas des formes infiltrantes où une lésion limitée à la vue peut être déjà un stade III ou IV. Une fois au moins c'est le résultat du toucher qui a permis d'évoquer le diagnostic et conduit à remettre en place le spéculum pour biopser une lésion à première vue non suspecte.

c) Examen au spéculum négatif : neuf cas.

- Là aucun diagnostic avant le toucher vaginal. Parfois, celui-ci évoquait le diagnostic en présence de l'induration du col qui n'est notée qu'une fois typiquement "en barillet". Ailleurs, l'examen clinique est négatif mais les frottis sont classe III ou IV. Deux fois un discret curetage de l'endocol à la petite curette ramena des cellules malignes.

Dans les autres cas, devant un examen négatif, les investigations ont été poussées plus loin. Hystérogaphie et curetage ont conduit au diagnostic ; l'image irrégulière de l'endocol guide le prélèvement. Une fois cependant, l'hystérogaphie n'avait montré aucune anomalie, mais elle était d'interprétation difficile en raison de l'opacité de la canule et d'une évacuation rapide de l'utérus avec mauvais cliché. Il convient à ce propos d'insister sur l'intérêt de la préhension du col par ventouse, la vanule de verre permettant une bonne image de l'endocol.

Au total, mis à part les cas où la lésion est évidente, il faut mettre l'accent sur la nécessité :

- ... des frottis systématiques
- ... de la colposcopie
- ... de la biopsie au moindre doute

... et enfin d'une hystérographie permettant une étude radiographique du col. C'est elle qui fait poser l'indication de curetage biopsique de l'endocol, seul moyen de diagnostic dans certains cancers strictement endocervicaux de Stade I.

ASPECT ANATOMIQUE

=====

a/ - Stade clinique du cancer au moment de la découverte

Les observations où la description clinique était assez précise nous ont permis de déterminer les proportions suivantes :

- Stade I 24 cas
- Stade II 21 cas
- Stade III 7 cas
- Stade IV 6 cas

Il peut paraître curieux d'observer 13 cancers ayant dépassé le Stade II alors que les observations ne mentionnent pas de douleurs, de troubles urinaires ou digestifs, de troubles de l'état général. Cela confirme encore l'absence de concordance entre les signes fonctionnels et généraux et l'importance de la lésion. L'hémorragie est le seul symptôme amenant à consulter. Elle, non plus, nous l'avons vu, n'a de rapport avec le stade ou l'aspect macroscopique du cancer.

b/ - Variété histologique du cancer

Elle a toujours été obtenue par biopsie ou par curetage

de l'endocol. Jamais elle n'a été une découverte d'examen anatomopathologique, le diagnostic ayant toujours été posé avant l'institution de la thérapeutique. C'est là, l'argument majeur contre l'hystérectomie d'emblée devant une métrorragie post-ménopausique qui prive du premier temps du traitement que constituent souvent les agents physiques.

- 12 fois, il s'agissait d'un adénocarcinome, dont six étaient le siège d'une métaplasie malpighienne.

.... Les épithéliomas épidermoïdes constituent la grande majorité. Quand les observations mentionnent le degré de différenciation, on note :

- 10 épithéliomas très différenciés.
- 8 moyennement différenciés
- 21 indifférenciés
- Une fois enfin, il s'agissait d'un épithélioma intra-épithélial.

AU TOTAL

===== le diagnostic de cancer du col a été souvent évident dès l'examen au spéculum.

Les frottis de dépistage systématique ont fait la preuve de leur utilité en trouvant deux fois des cellules cancéreuses malgré un examen au spéculum négatif.

Le colposcopie, guidant la biopsie a permis le diagnostic de formes à aspect macroscopique non évocateur.

Dans les lésions de l'endocol, nous avons vu l'intérêt des frottis, de l'hystérographie et surtout du curetage biopsique à la fine curette.

Dernier point essentiel : la nécessité de ne pas rapporter à une cause trop évidente l'origine de l'hémorragie. Nous avons vu coexister en particulier des polypes muqueux bénins. Les prolapsus

malgré la rareté de l'association, ne doivent pas être opérés avant d'avoir pratiqué un examen complet pour éliminer le cancer.

III - CORPS UTERIN : 216 CAS =====

- Lésions bénignes	104
- atrophie endométriale	34
- fibrome et polypes fibreux	3
- Hyperplasie de l'endomètre	39
- Polypes muqueux de l'endomètre	27
- Tuberculose endométriale	1
 - Lésions malignes	 112
- adénocarcinomes de l'endomètre	110
- Sarcomes du corps utérin	2

.....	
: A :	LESIONS BENIGNES DU CORPS UTERIN : 104
.....	

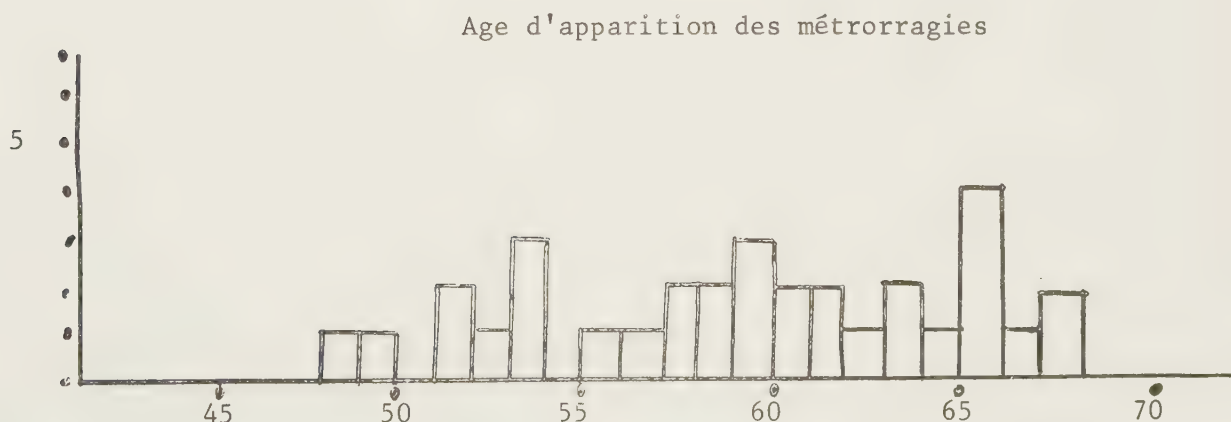
(1) ATROPHIE ENDOMETRIALE : 34 cas

GENERALITES =====

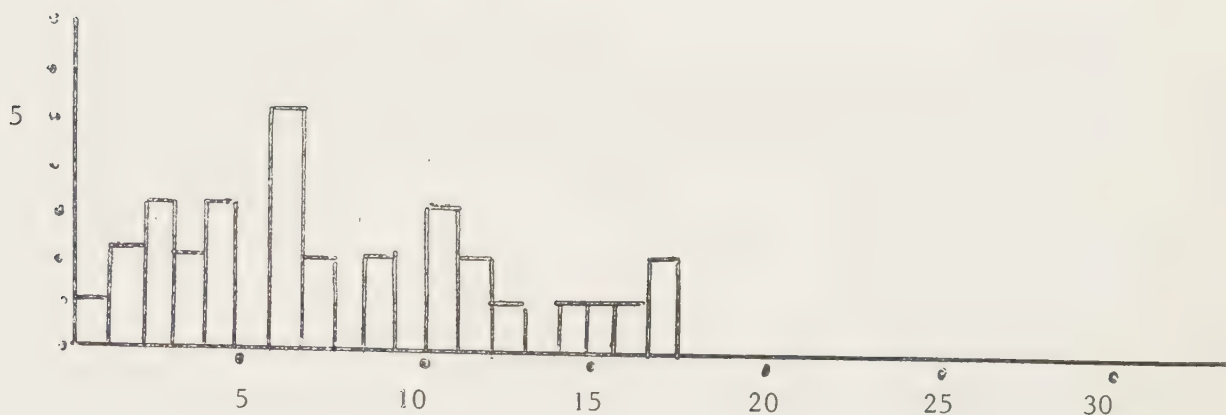
Nous avons inclus ici les 34 cas de métrorragies où

aucune autre cause que l'atrophie de l'endomètre n'a été retrouvée par l'examen clinique ou les examens complémentaires. Y figurent aussi les observations où l'examen histologique fait état : " d'endométrite atrophique". La part de l'infection est parfois patente. Souvent, elle est réduite à un aspect inflammatoire sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence d'un état infectieux véritable.

- a) LE CARACTERE DES METRORRAGIES est particulier : il s'agit toujours
----- d'hémorragies peu abondantes, irrégulières, souvent seulement constituées de quelques pertes rosées. Aucun facteur déclenchant ne ressort de l'interrogatoire.
- b) LA REPARTITION en fonction de l'âge montre une certaine augmentation
----- à partir de 55 ans, sans beaucoup de netteté.
- c) LA DATE d'APPARITION en fonction de l'ancienneté de la ménopause
----- ne permet pas de conclusion statistique. Ni l'âge ni le délai passé depuis la ménopause ne semblent avoir d'influence notable.



Répartition selon l'ancienneté de la ménopause



CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC - Examens complémentaires

a) l'examen clinique a été le plus souvent négatif. Vulve atrophique ou normale.

le col utérin , difficile à voir, souvent "enfoui" au fond du vagin était suspect deux fois seulement :

- ulcération minime d'une lèvre dont la biopsie a affirmé la bénignité
- petit polype appendu à l'orifice externe : polyadénome du museau de tanche épidermisé.

Deux fois existait un prolapsus. La palpation, hormis trois fois où coexistait un fibrome , ne montrait qu'un utérus normal ou petit. Jamais de masse annexielle. Ovaires rarement perçus.

Des frottis vaginaux et cervicaux ont été faits 17 fois : l'atrophie vaginale était constante. Deux fois, des frottis de dépistage de Classe III ont été refaits après un traitement anti-infectieux qui les a normalisés.

b) L'hystérogaphie n'a été pratiquée que dans 26 cas. Elle était impossible deux fois en raison d'une atrophie vaginale trop importante

et deux fois à cause d'une impotence des hanches.

Dans quatre cas, le curetage utérin a été pratiqué d'emblée.

Sur les 26 hystérogaphies réalisées, il n'est noté aucun épisode infectieux même dans les cas où l'histologie trouvera une endométrite. Par contre, une était ininterprétable, la cavité utérine n'étant pas injectée.

Dans les autres cas :

- 14 fois les images évoquaient l'atrophie devant un utérus petit à bords finement dentelés, où un aspect typique d'utérus "rétracté" par des incisures plus ou moins profondes mais toujours nettes. A noter la relative rareté de l'injection tubaire dans des utérus très atrophiques où la femme accuse fréquemment une douleur dès qu'est atteinte la repletion. La difficulté de coaptation de la canule même courte à l'orifice cervical atrésique est fréquemment cause de reflux du liquide de contraste dans le vagin.
- 4 fois, l'image de la cavité utérine était strictement normale
- 5 fois, l'hystérogaphie ne permettait pas de conclure devant cinq utérus fibromateux, dont deux fibromes calcifiés et un utérus bi-corne unicervical mal injecté.
- une fois enfin, un mauvais remplissage laissait persister un doute sur la réalité d'une image centrale "nuageuse".

En tenant compte des cas où elle n'a pas été faite, c'est donc une fois sur deux que la radio a permis de mettre en évidence une atrophie importante de l'utérus. Cette constatation précédée d'un examen clinique négatif, de frottis sans anomalie cellulaire, peut-elle tenir lieu de diagnostic et faire arrêter là les investigations ? .. Ce fut le cas dans trois observations . Deux ont été revues et n'avaient pas resaigné. Il n'en reste pas moins un doute quant à l'intégrité anatomique de la muqueuse.

- c) Le curetage biopsique apporte un élément rassurant supplémentaire en confirmant l'atrophie endométriale.

Il a été fait 24 fois. Deux fois en raison du risque anesthésique et de l'image radiologique rassurante, un biopsie d'endomètre en a tenu lieu.

Dans sept cas, malgré de bonnes conditions techniques, petite curette, bonne dilatation par laminaires, aucun matériel n'a pu être recueilli.

Dans tous les autres cas, l'examen histologique a porté sur de petits fragments muqueux :

- atrophie typique : 10 fois
- réaction inflammatoire du chorion : 6 fois
- "endométrite" atrophique avec plages suppurées : 2 fois, l'une au cours d'un curetage pratiqué d'emblée sans hystérogographie, l'autre expliquant l'image irrégulière constatée à la radio.

La coelioscopie a été deux fois associée au curetage. L'aspect scléreux des ovaires est venu confirmer l'atrophie génitale.

L'Hystérectomie enfin a été faite trois fois :

- . une hystérectomie vaginale pour prolapsus
- . deux hystérectomies totales sans conservation annexielle
 - l'une faite d'emblée pour fibromes,
 - l'autre pour récurrence de l'hémorragie après curetage.

Dans les trois cas, l'examen histologique a confirmé l'atrophie de la muqueuse et des ovaires et n'a trouvé aucune autre cause d'hémorragie.

AU TOTAL

===== la mise en évidence de l'atrophie endométriale par l'examen clinique, l'hystérogographie, le curetage, le curetage permet de lui rapporter l'hémorragie avec une quasi certitude en éliminant du même coup une autre étiologie. En aucun cas, les fibromes existants ne présentaient le moindre

signe d'activité. Deux étaient calcifiées. C'est une confirmation supplémentaire de leur régression habituelle post-ménopausique.

La coelioscopie quand elle a été faite a confirmé l'atrophie génitale. Elle est certainement précieuse pour confirmer le diagnostic par l'aspect scléreux des ovaires. Quelle que soit l'étiologie des métrorragies post-ménopausiques, son intérêt est toujours réel et elle gagnerait le plus souvent à être associée au curetage.

Il persiste en effet, toujours une arrière pensée après le diagnostic d'hémorragie par atrophie endométriale dont le mécanisme reste obscur :

- l'existence d'une infection surajoutée peut parfois l'expliquer.
- l'aspect inflammatoire évoque volontiers un mécanisme vasculaire
- la notion de terrain pourrait apporter un argument de plus.

Nous n'avons pas noté cependant de fréquence particulière d'hypertendues ou de maladies vasculaires. L'origine "psychique" invoquée par certains auteurs peut, peut-être, jouer un rôle. L'interrogatoire n'a pas été orienté dans ce sens, mais il serait certainement intéressant de rechercher systématiquement la notion de choc affectif récent.

Il est cependant troublant que ces atrophies endométriales s'accompagnent la plupart du temps d'atrophie vulvo-vaginale et que c'est l'endomètre qui saigne et non la vulve ou le vagin pourtant plus exposés aux infections et aux traumatismes.

Dernier élément non concordant : dans un cas absolument typique, chez une femme de 67 ans, ménopausée depuis 25 ans, avec importante atrésie vulvo-vaginale, atrésie utérine cliniquement et radiologiquement nette confirmée par la curetage, ont été pratiqués des dosages hormonaux. Alors que les frottis vaginaux étaient de type dégénératifs, avec 100 % de cellules profondes et nombreux noyaux nus, il existait 79 μ g d'oestrogènes.

Aucun apport exogène ne paraissait en cause. Un seul ré-

sultat ne saurait permettre de conclusion. Des dosages fréquents donneraient sans doute le moyen de saisir des variations hormonales dont un freinage surrénalien préciserait peut-être l'origine.

(2) FIBROME et POLYPPES MUQUEUX : 3 cas

FIBROME - 1 seul cas - chez une femme de 57 ans, hypertendue, ménopausée depuis six ans, ayant présenté une hémorragie il y a 15 jours avec douleurs pelviennes vagues. Hystérectomie décidée en raison de l'utérus augmenté de volume.

Il s'agissait d'un leiomyome siège d'un remaniement dégénératif de calcification et de nécrobiose aseptique avec vaisseaux nombreux et congestionnés ; annexes fibrosées.

POLYPPES FIBREUX - 2 cas

PYOMETRIE : image lacunaire à l'hystérogaphie au sein d'une cavité augmentée de volume : hystérectomie totale : polype fibreux de l'endomètre.

Cas assez particulier d'un polype calcifié ayant entraîné des hémorragies par ulcération de la paroi endométriale correspondante. L'indication opératoire avait été posée devant l'existence d'une tumeur annexielle. Il s'agissait en fait d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

AU TOTAL

===== trois fois seulement le fibrome est responsable de métrorragies.

Pyométrie dans le second cas et mécanisme particulier d'ulcération dans le troisième. Seul reste le cas d'une nécrobiose aseptique survenant après la ménopause. L'ensemble comparé au nombre important associé à d'autres causes confirme l'opinion que les fibromes ne saignent pas en période post-ménopausique et qu'il ne faut jamais se contenter de ce diagnostic mais poursuivre les investigations.

(3) HYPERPLASIE DE L'ENDOMETRE : 39 cas

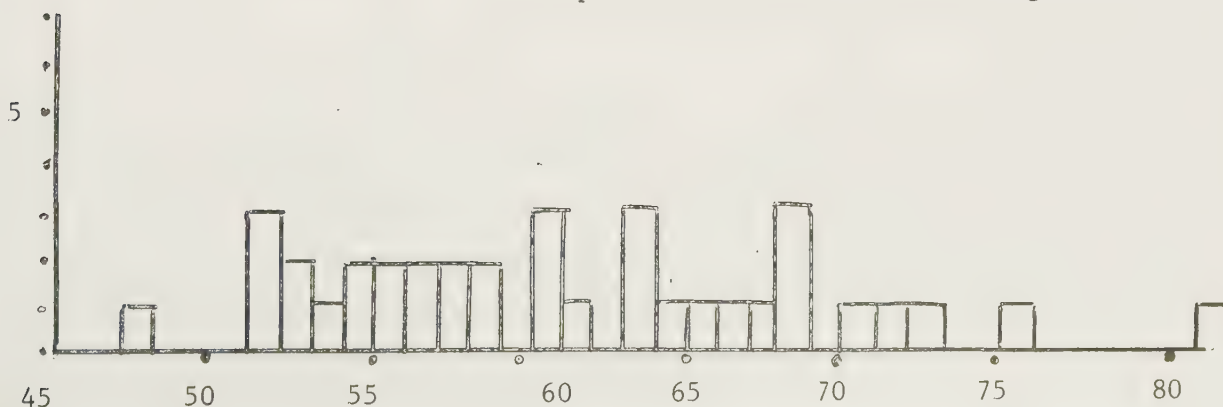
Ont été incluses dans cette rubrique, les observations où l'hyperplasie de l'endomètre seule expliquait l'hémorragie. Ceci exclut les associations avec un cancer du corps par exemple, que nous reverrons au chapitre correspondant, et les états d'hyperplasie en relation directe avec un apport hormonal exogène.

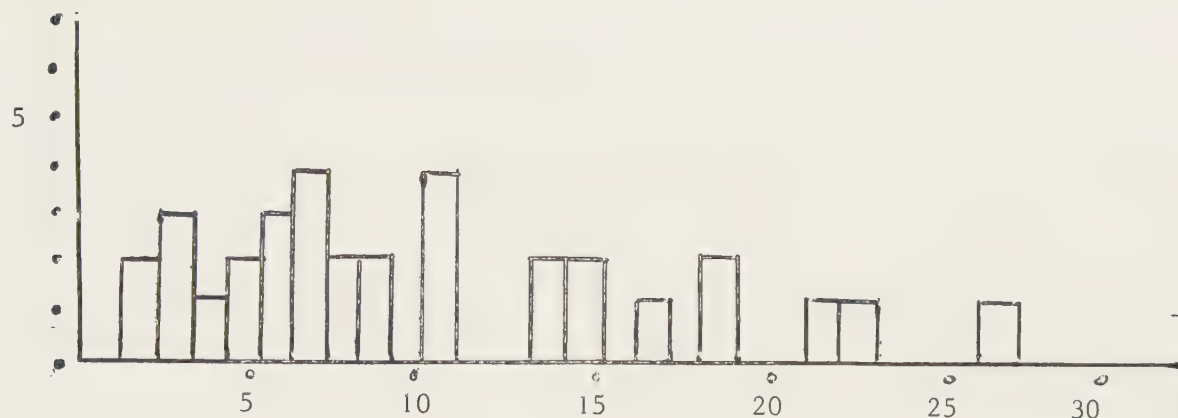
GENERALITES

=====

- a) - LE CARACTERE DES HEMORRAGIES est comme toujours assez variable.
----- Il faut noter cependant la relative fréquence d'hémorragies d'une certaine importance à côté des cas habituels où quelques gouttes ou traces de sang ont seulement attiré l'attention.
- b) - L'AGE NE JOUE PAS DE ROLE PARTICULIER : la répartition est très
----- régulière entre 50 et 60 ans, un peu moins après.
- c) - L'ANCIENNETE DE LA MENOPAUSE semble un élément plus précis : la
----- majorité des cas se situent dans les dix premières années

Répartition en fonction de l'âge





- d) - LE TERRAIN paraît jouer un rôle puisque sur les 39 cas étudiés, il existait 16 fois une hypertension, une obésité, ou une association des deux.

CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne peut être qu'histologique. Nous avons cependant inclus deux cas où les malades ont été perdues de vue mais chez lesquelles les images hystérogaphiques étaient suffisamment évocatrices pour rendre le diagnostic très probable.

- a) - L'EXAMEN CLINIQUE a montré, quand elle persistait, que l'hémorragie venait de l'utérus. Nous reverrons les associations.

Des signes cliniques d'activité oestrogénique ont été relevés huit fois ; quatre fois confirmés par les frottis vaginaux qui montraient des cellules de la couche superficielle avec indice caryopycnotique supérieur à 50 %. Dans trois cas, existait une glaire cervicale. C'est au sujet de ces observations qu'on peut se demander si un apport oestrogénique exogène n'est pas passé inaperçu. Un dosage a montré dans un cas, une élimination d'oestrogènes de 121 microgrammes par 24 heures.

b) - L'HYSTEROGRAPHIE a été pratiquée 33 fois. Deux fois, en effet, a
----- été réalisée d'emblée une hystérectomie, quatre fois un curetage. Aucune observation, contrairement aux atrophies d'endomètre ne fait état d'impossibilité technique.

- 19 fois, l'aspect radiologique a permis d'évoquer le diagnostic devant l'image irrégulière des bords, ondulée, irrégulièrement dentelée. Sur le cliché d'évacuation persiste le contour de la cavité utérine sous forme d'opacité épaissie et ondulée, bien différente des fines spicules observées dans les atrophies.
- 7 fois, l'image était celle d'une cavité utérine normale ce qui engageait à poursuivre les investigations sans évoquer de diagnostic précis.
- 3 fois enfin, étaient notées des images différentes :
 - . deux fois : une injection vasculaire, l'une accompagnant une hyperplasie typique.
 - . Une fois, une image irrégulière du fond pouvait évoquer un cancer ou un polype, mais l'absence d'injection tubaire laissait un doute sur la réalité du remplissage.

c) - CURETAGE BIOPSIQUE : 26 fois.

- 4 fois, d'emblée non précédés d'examens radiologiques.
- 22 fois après hystérogaphie.

Dans tous les cas, il s'agissait d'un curetage biopsique après dilatation aux lamineaires permettant une étude complète de la muqueuse.

Le matériel ramené est toujours assez abondant pouvant parfois faire évoquer un diagnostic de cancer du corps utérin. L'histologie a apporté la confirmation en montrant une hyperplasie simple ou glandulokystique. A noter trois fois l'existence d'une hyperplasie localisée au sein d'un endomètre atrophique, ce

qui semble confirmer la différence de réceptivité des différentes zones de l'endomètre post-ménopausique vis-à-vis des oestrogènes.

AU TOTAL , sur les 26 curetages, huit seulement ont été suivis d'hystérectomie. Dans les autres cas, il a constitué à la fois le moyen de diagnostic et le traitement puisque deux fois seulement, il a été suivi de récurrence.

L'HYSTERECTOMIE a confirmé le diagnostic 19 fois.

- 2 fois alors qu'elle avait été pratiquée sans autre examen complémentaire.
 - 9 fois après hystérogaphie, en particulier, lorsqu'il existait une image douteuse du fond
 - 8 fois, après hystérogaphie et curetage biopsique.
- Trois fois, l'indication a été posée devant la récurrence de l'hémorragie malgré le curetage.

Dans l'ensemble, 19 Hystérectomies ont été faites sur 39 cas, chiffre qui paraît élevé mais tient compte de la crainte de n'avoir pas diagnostiqué un cancer de l'endomètre associé, ou surtout une tumeur ovarienne. Ce dernier point doit inciter à associer au curetage une coelioscopie dès que l'examen clinique laisse un doute sur l'intégrité des annexes.

ASSOCIATIONS CLINIQUES - En faveur d'une activité oestrogénique il a
===== été noté :

- un fibrome : deux fois, mais dans les deux cas, il ne présentait aucun signe d'activité.
- un polype muqueux du col utérin deux fois , enlevé par biopsie, bénin.

Rappelons ici les résultats de deux bilans hormonaux qui ont montré respectivement 121 et 180 μ g d'oestrogènes, alors que dans un de ces cas, l'hyperplasie était localisée, le reste de l'endomètre étant atrophique.

- Les ovaires examinés histologiquement après hystérectomie étaient le plus souvent normalement involués avec follicules atrésiques. Deux fois cependant, existait un follicule kystique. Une de ces observations mérite d'être soulignée. Il s'agissait d'une femme de 60 ans, présentant encore, tous les 30 à 40 jours, une hémorragie cyclique de faible abondance et qui consultait pour un épisode plus hémorragique. La biopsie d'endomètre révéla une hyperplasie. Hystérectomie : Endomètre en état folliculinique. Un ovaire comportait un "follicule non rompu avec granulosa à plusieurs couches cellulaires. La thèque, plus épaissie que normalement et richement vascularisée, évoque le fibrome de l'ovaire".

L'ensemble de ces constatations tend à incriminer une action oestrogénique. Le plus souvent, elle est sans doute d'origine extra-ovarienne, probablement surrénalienne, mais une production ovarienne doit certainement exister dans un nombre non négligeable de cas. Il serait intéressant, lorsque l'apport exogène peut être formellement éliminé, de pratiquer un bilan hormonal complet comportant gonadotrophines, oestrogènes et prégnandiol, éventuellement répété après épreuve de stipulation freinage, pour apprécier la part de l'ovaire dans la sécrétion hormonale post-ménopausique. L'association plus fréquente de la coelioscopie doit permettre de découvrir de temps en temps un follicule ovarien. Son intérêt n'est pas purement spéculatif puisque le doute pourra être ainsi levé quant à l'existence d'une éventuelle tumeur ovarienne toujours possible.

(4) POLYPPES MUQUEUX de l'ENDOMETRE : 77 cas

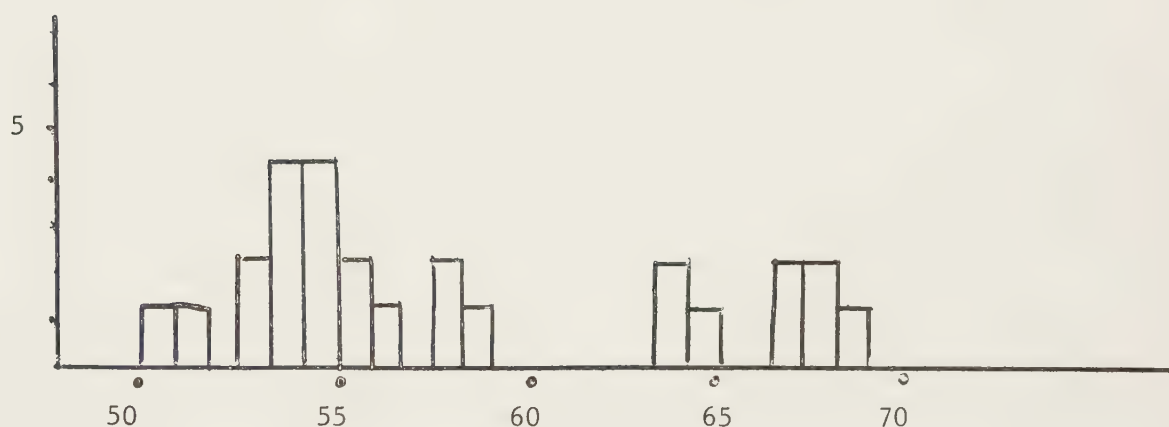
N'ont été retenus que les polypes seuls responsables de l'hémorragie à l'exclusion de ceux accompagnant une autre lésion hémorragique.

GENERALITES

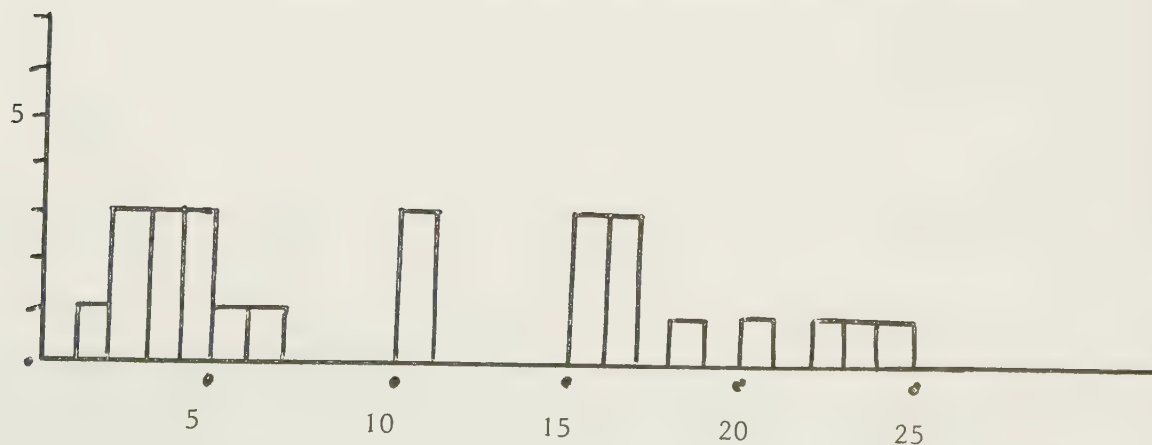
===== Comme pour les hyperplasies, dont le polype est une forme localisée;

- a) - LE CARACTERE DES METRORRAGIES n'est pas particulier, pertes de sang irrégulières, avec parfois hémorragie véritable pouvant durer plusieurs jours.
- b) - L'AGE d'APPARITION ne nous a pas paru présenter une distribution particulière.
- c) - L'ANCIENNETE de la MENOPAUSE est variable avec une fréquence un peu supérieure au cours des dix premières années.

Répartition selon l'âge



Répartition selon l'ancienneté de la ménopause



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

=====

Là encore le diagnostic ne peut être affirmé que par l'examen histologique ce qui implique un curetage ou une hystérectomie. La distinction entre l'hyperplasie en voie d'organisation et le polype muqueux typique, caractérisé par la présence d'un pédicule nettement organisé n'est parfaitement possible qu'après étude de pièce opératoire ou ablation par curetage d'un polype nettement individualisé. Dans le cadre de la recherche étiologique d'une hémorragie, il nous a paru plus opportun de classer dans une même rubrique toute formation donnant à la radiographie une image localisée, même si celle-ci après ablation se révèle être sessile et devoir plutôt histologiquement entrer dans le cadre des "hyperplasies polypoïdes".

- a) - L'EXAMEN CLINIQUE n'apporte d'autre renseignement que sa négativité mis à part les cas où s'associe une autre lésion cliniquement décelable comme un fibrome.

- b) - Les FROTTIS DE DEPISTAGE ont été irrégulièrement pratiqués dans les observations anciennes. Les frottis vaginaux quand ils ont été faits n'ont que deux fois évoqué une hyperoestrogénie avec, dans un cas, présence d'une glaire cervicale. Dans les autres cas, ils sont de type atrophique. Ceci n'est pas un argument contre l'existence d'un hyperoestrogénie, mais ne fait que confirmer la différence de réceptivité entre les différents étages de l'appareil génital.

- c) - L'HYSTEROGRAPHIE a été faite 20 fois sur 27 (deux hystérectomies d'emblée et 5 curetages).

11 fois les images étaient évocatrices en montrant une ou plusieurs lacunes arrondies ou ovulaires apparaissant dès les clichés de remplissage et restant visibles sur le cliché d'évacuation. Au point de vue technique, quelques précautions particulières sont à considérer :

- vérification de la purge de la seringue pour éviter la formation de bulles d'air.
- Contrôle radioscopique du remplissage et prise de plusieurs clichés. Certaines images peuvent en effet ne plus être visibles lorsque l'utérus est en repletion.
- Nécessité d'un cliché de profil et surtout d'un bon cliché d'évacuation.

5 images étaient douteuses : il s'agissait surtout de lacunes moins régulières ou de mauvaise imprégnation d'une corne.

3 fois, l'hystérogaphie était normale ou montrait une image de fibrome.

- d) - LE CURETAGE BIOPSIQUE a donc été fait 18 fois, les autres aspects
----- histologiques ayant été fournis par la
pièce d'hystérectomie.

Il a confirmé l'existence de polype muqueux et confirmé sa bénignité.

L'étude histologique n'est pas toujours facile et le diagnostic différentiel peut se poser avec un cancer de l'endomètre surtout lorsque l'image hystérogaphique était déjà suspecte. Dans une de nos observations, une femme de 60 ans, ménopausée depuis 20 ans, présentait des métrorragies sans rapport avec un apport d'oestrogènes ; utérus un peu gros à l'examen clinique. A l'hystérogaphie, image lacunaire du fond avec zone irrégulière présente sur tous les clichés. Curetage utérin : épithélium cylindrique de structure irrégulière. Noyaux irréguliers, quelques mitoses : épithélioma cylindrique probable. A l'hystérectomie, fibromatose utérine ; volumineux polype muqueux avec dilatations glandulaires, lésion bénigne.

Ce cas appelle deux remarques :

- .. le curetage, pourtant fait soigneusement après dilatation aux lamineaires, n'avait pas ramené la la totalité du polype.
- .. l'examen histologique des débris recueillis laissant croire à une lésion maligne.

Cette difficulté d'interprétation pourrait inciter à élargir les indications de l'hystérectomie - biopsie. Le grand nombre de cas où l'histologie ne prête pas à discussion permet cependant, sans prendre de risques, d'en limiter le nombre.

e) - La COELIOSCOPIE a été trois fois associée au curetage : ovaires

d'aspect atrophique normal.

f) - L'HYSTERECTOMIE a en effet été pratiquée 11 fois sur 27 :

- 2 fois d'emblée
- 7 fois dès après l'hystérogaphie, pour des raisons diverses; en particulier association avec fibrome, prolapsus.
- 2 fois seulement sur 18, après hystérogaphie suivie de curetage, l'ensemble de ces deux méthodes permettant donc dans la grande majorité des cas, de faire le diagnostic de lésion bénigne, et de se contenter du curetage. Celui-ci joue alors un rôle thérapeutique. Une fois seulement, en effet, les métrorragies ont récidivé. L'hystérectomie a montré une muqueuse en hyperplasie simple.

L'étude des ovaires n'a montré qu'une fois, un follicule kystique.

ASSOCIATION

=====

- 6 prolapsus génitaux dont 3 ont fait poser l'indication opératoire d'hystérectomie
- 5 fibromes utérins
- 5 hyperplasies muqueuses de l'endomètre.

Les deux dernières associations ne peuvent guère apporter

d'arguments en faveur d'une hyperoestrogénie importante puisque tous les fibromes semblaient en involution et que l'hyperplasie était loin d'être constante. Là encore, la différence de réaction des différents récepteurs, et au sein même de l'endomètre, peut rendre compte de la présence d'un polype muqueux en plein développement sur un endomètre atrophique, les ovaires ne présentant par ailleurs aucun signe d'activité.

Une observation pourrait prouver l'importance d'une sécrétion oestrogénique extra-ovarienne s'il ne persistait pas, comme toujours, malgré un interrogatoire attentif, un doute quant à la prise possible de médicaments : il s'agit d'une femme de 42 ans, ayant subi à 20 ans, une castration chirurgicale bilatérale (d'indication non retrouvée à l'interrogatoire). L'existence des métrorragies a amené la découverte hystérographique, confirmée par l'étude de la pièce après hystérectomie, d'un volumineux polype de l'endomètre.

(5) - TUBERCULOSE de l'ENDOMETRE : 1 cas

Il s'agissait d'une femme de 62 ans ménopausée depuis dix ans, consultant pour leurcorrhée mêlée de sang.

L'hystérographie après traitement antibiotique montrait une pyohématométrie. Intervention : hystérectomie totale sans conservation annexielle.

A l'examen anatomo-pathologique :

- col normal
- fibrome banal
- endomètre : nappes granuleuses denses formées de plages de lymphocytes et de plasmocytes mais surtout de nombreuses structures giganto-épithélioïdes.
- ovaires et trompes normaux.

Diagnostic : endométrite tuberculeuse diffuse, folliculaire, sans caseification - Tuberculose strictement limitée à l'endomètre en particulier sans atteinte annexielle.

Cette observation montre que la tuberculose de l'endomètre ne peut pas être éliminée formellement en période post-ménopausique. Peut-être son développement a-t-il été favorisé par une sécrétion oestrogénique persistante ou réapparue comme semblaient en témoigner la perméabilité anormale du vagin et l'existence d'un fibrome non involué.

.....
: B : LESIONS MALIGNES DU CORPS DE L'UTERUS : 112 cas
.....

- 2 Sarcomes
- 110 cancers de l'endomètre

(1) SARCOMES UTERINS

Les deux observations n'ont fait l'objet d'aucune difficulté diagnostique particulière.

- Dans le premier cas, l'hémorragie génitale n'était qu'un symptôme

amenant à consulter la malade porteuse d'une énorme masse abdominale. Le diagnostic évoqué fut celui d'une tumeur ovarienne et l'intervention pratiquée d'emblée infirma l'origine ovarienne et mit en évidence un important sarcome de l'utérus.

- Dans le second cas, l'augmentation de volume d'un utérus douloureux au sein d'un tableau fébrile fit pratiquer aussitôt une hystérectomie d'emblée. Là encore, pas de problème diagnostique majeur, l'intervention ayant été décidée sans autre examen complémentaire.

Il n'en demeure pas moins qu'une hémorragie survenant après la ménopause au niveau d'un utérus fibromateux peut laisser subsister un doute que les examens habituels ne permettent pas d'écarter. C'est là un argument en faveur de l' "Hystérectomie-biopsie ". En fait, l'extrême rareté de cette tumeur ne saurait faire réviser une conduite diagnostique qui évite une intervention parfois choquante dans une majorité de cas effectivement bénins. Tout au plus, doit-on être plus circonspect en présence d'un utérus fibromateux qui saigne après la ménopause et être dans ce cas plus interventionniste tout en sachant que le fibrome lui-même sera exceptionnellement en cause.

(2) CANCERS DE L'ENDOMETRES : 110 Cas

C'est la cause la plus classique des hémorragies génitales après la ménopause. Si les cancers de l'endomètre ne représentent en effet qu'à peine 25 % de notre statistique, la pauvreté des manifestations fonctionnelles et surtout de l'examen clinique qui les oppose aux cancers du col (15 %) fait de leur recherche le souci essentiel devant une métrorragie post-ménopausique.

GENERALITES

=====

- a) LE CARACTERE DES HEMORRAGIES est variable ; l'association avec une infection est classique ; en fait,

d'importance variable, souvent minime, elles étaient loin dans notre statistique de s'accompagner toujours de leucorrhée.

L'importance de l'hémorragie est sans rapport avec le degré des lésions.

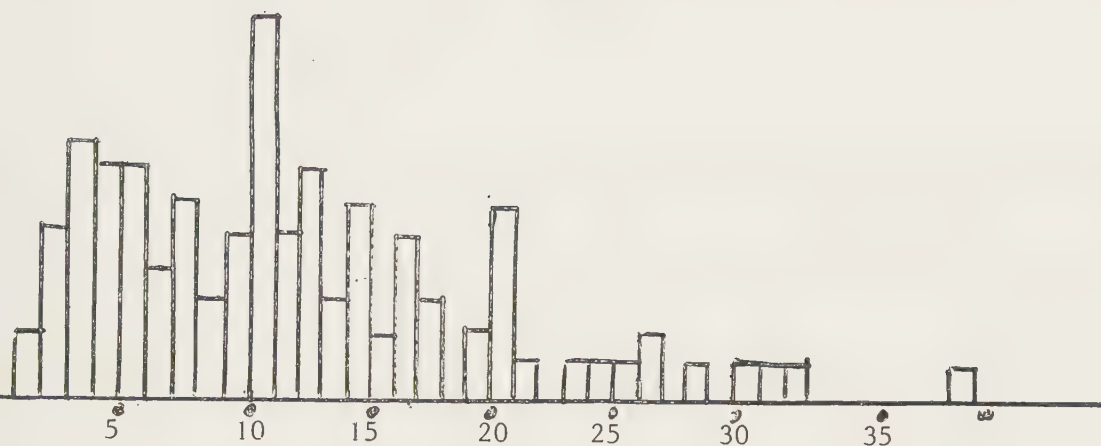
Des signes cliniques patents d'infection n'existaient que sept fois avec élévation thermique et utérus douloureux à la mobilisation. Une hématopyométrie était présente trois fois, la tumeur elle-même n'en étant responsable directement que dans un cas où elle formait avec un fibrome de la face opposée un rétrécissement à la partie moyenne de la cavité/

- b) L'AGE DE LA DECOUVERTE se situe en moyenne à 60 ans, avec une prédominance entre 55 et 65 ans.
- c) L'ANCIENNETE DE LA MENOPAUSE ne semble pas jouer de rôle. De 1 à 20 ans, la répartition est à peu près régulière pour baisser ensuite rapidement, sans doute proportionnellement à la mortalité.
- d) LE NOMBRE DES GROSSESSES ANTERIEURES est plus évocateur.
- 73 % des femmes ont eu moins de 3 grossesses
 - 7 % seulement plus de quatre grossesses.

Aucune n'avait plus de sept enfants. Les nulli et les primipares semblent donc plus exposées que les multipares.

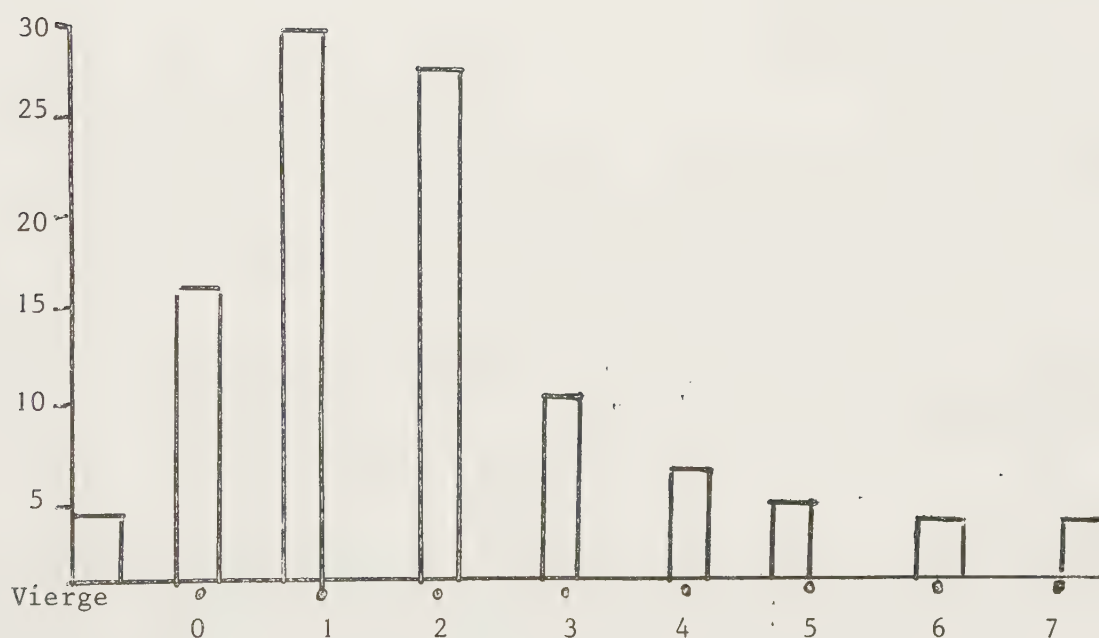


Répartition selon l'ancienneté de la ménopause



Nombre de grossesses antérieures

73 % moins de trois grossesses



e) L'ETUDE DES ANTECEDENTS retrouvait :

- 4 cas de castration aux rayons X, 3 pour fibrome, un au cours d'un traitement radiothérapique pour arthrose de hanche.
- 1 kyste de l'ovaire (qui se révèle mucoïde)

- 1 cancer du sein
- 1 cancer du maxillaire

f) TERRAIN

En dehors des manifestations d'hyperoestrogénie, qui seront étudiées au chapitre "associations", nous avons relevé :

- ... 18 fois une obésité, encore n'est-elle peut-être pas toujours mentionnée
- ... 35 fois, une hypertension artérielle patente.

DIAGNOSTIC POSITIF - Examens complémentaires

=====

- a/ - L'EXAMEN CLINIQUE n'a montré que rarement une augmentation du volume de l'utérus ou une douleur à la mobilisation. Pas d'altération notable de l'état général dans la plupart des observations. Le diagnostic une fois encore repose sur les examens paracliniques.
 - 12 fois, l'examen relevait un fibrome utérin. Nous en reparlerons au chapitre "associations".
 - 10 fois, existait un prolapsus de degré variable.
- b/ - DES FROTTIS DE DEPISTAGE ont été pratiqués 27 fois dont certains par aspiration endométriale. Ils étaient neuf fois classe IV, 4 fois classe III
- c/ - L'HYSTEROGRAPHIE a été faite 67 fois. Même en l'absence de signes d'infection, nous l'entourons quasi-systématiquement d'un traitement anti-infectieux. Avec cette précaution, il n'a pas été noté d'accidents graves. Le contrôle sous écran trouve là sa meilleure justification pour saisir les différentes étapes du remplissage, le cliché d'évacuation est systématique, de même qu'un ou plusieurs clichés de profil ou de trois-quarts.

Une image très évocatrice de cancer a été observée dans la quasi-totalité des cas : lacune à contours irréguliers, anfractueux, ou image arrondie mais à bords déchiquetés, parfois aspect "nuageux" de l'ensemble de la cavité à bords beaucoup plus irréguliers que dans l'hyperplasie ou l'atrophie de l'endomètre. Toujours l'image est constante, bien visible au remplissage et sur le cliché d'évacuation.

Sept fois seulement l'image laissait un doute sur la malignité de la lésion :

- . 2 fois en montrant une image arrondie régulière évoquant un polype muqueux (et il s'agissait bien dans un cas d'un polype dégénéré).
- . 5 fois, en présence d'une image floue d'une corne utérine que l'absence d'injection tubaire pouvait faire attribuer à un défaut de remplissage, ou d'une image irrégulière des bords pouvant faire penser à une hyperplasie.
- . Plusieurs fois l'existence d'un fibrome déformait la cavité utérine, sans jamais gêner l'interprétation de la lacune.

Toujours la topographie du cancer a pu être précisée par la radio ainsi que son extension en hauteur, fait capital pour le pronostic et le traitement en fonction de l'extension à l'isthme et au col.

Une fois une hystérectomie totale simple sans conservation annexielle a été faite pour un cancer qui atteignait le col. Il s'agissait en fait d'une erreur d'interprétation de la radiographie dont un examen plus attentif a bien montré l'extension vers le bas.

Au total l'hystérogographie constitue un examen fondamental

pour le diagnostic du cancer de l'endomètre et l'appréciation de son extension en hauteur. Faite dans de bonnes conditions techniques, encadrée d'un traitement anti-infectieux, elle est pratiquement sans danger. Si certaines observations anciennes n'en ont pas comporté, elle est devenue pratiquement systématique dans notre pratique habituelle, mis à part certains cas, tels deux arthroses de hanche, une atrésie vaginale importante, la présence d'un hymen.

d/ - LE CURETAGE BIOPSIQUE apporte la confirmation histologique seul élément de certitude absolue de diagnostic préopératoire.

Comme pour l'hystérogaphie, le traitement anti-infectieux a permis d'en réduire les accidents. Guidé par l'hystérogaphie, il peut être relativement discret et ne s'adresser qu'à une zone précise. C'est ainsi que dans quatre cas il a été remplacé par une biopsie d'endomètre. Lorsqu'il est pratiqué d'emblée, au contraire il doit être fractionné, col, puis corps complet, face après face, les différents prélèvements étant recueillis dans des flacons séparés.

Il a été réalisé 61 fois dont 4 fois associé à une coelioscopie. Si celle-ci ne paraît pas indispensable lorsque l'image hystérogaphique est typique et que le curetage ramène un matériel d'aspect évocateur, elle a l'avantage en cas de doute de montrer l'absence de lésion annexielle. Elle peut éventuellement déceler une métastase ovarienne ou péritonéale.

Un accident de perforation s'est produit deux fois. Dans les deux cas, il n'a pas eu de suites fâcheuses. L'intervention pratiquée le lendemain, après glace sur le ventre et antibiotiques a confirmé la perforation. Il s'agissait chaque fois d'un cancer du fond ayant largement envahi le myomètre.

Une seule fois, le curetage a été en défaut, ne ramenant pas de débris et faisant conclure à une atrophie de l'endomètre. La reprise de l'hémorragie a entraîné l'hystérectomie : adénocarcinome.

e/ - L'HYSTERECTOMIE

Elle a été réalisée d'emblée 17 fois dont 3 où le diagnostic n'était pas soupçonné et fut une découverte opératoire.

24 fois, elle fit suite à la constatation d'une image radiologique typique.

4 fois, elle fut décidée après constatation de frottis classe IV au prélèvement endométrial.

Dans tous les autres cas, elle a fait suite au curetage biopsique.

ASPECT ANATOMIQUE (pas toujours précisé)

=====

- Sur les 110 cas d'épithélioma glandulaire, on notait :
 - .. 7 adénocarcinomes très différenciés
 - .. 5 anaplasiques
 - .. 3 adénoacanthomes
 - .. 1 Epithélioma développé sur un polype muqueux
 - .. 1 Hyperplasie glandulo-kystique transformée.

Les deux derniers cas rendent compte de la nécessité absolue d'une confirmation histologique , devant les lésions d'apparence bénigne.

- Extension en hauteur

- . 2 cancers atteignaient l'isthme
- . 3 atteignaient le col

- Extension au myomètre notée 19 fois

- . 9 incomplètement
- . 10 en entier dont :
 - ... 1 fois extension vers la vessie
 - ... 1 fois vers le ligament large
 - ... 1 fois avec métastase ovarienne

- Les métastases

- . ovariennes : 4 fois (dont 1 adéno-acanthome développé sur un ovaire porteur d'un kyste mucoïde)
- . osseuse : 1 fois : extrémité inférieure du tibia.

ASSOCIATION à d'AUTRES CAUSES POSSIBLES d'HEMORRAGIES - INTERET PATHOLOGIQUE
et DIAGNOSTIQUE

=====

Un certain nombre d'associations posent en effet, des problèmes différents

- PATHOGENIQUE lorsqu'il s'agit de lésions gynécologiques évoquant un terrain d'hyperoestrogénie qui favoriserait le cancer. On y rattache la prescription de thérapeutiques hormonales.
- DE DIAGNOSTIC surtout. Non pas différentiel puisqu'il s'agit d'association mais positif. Il importe en effet de ne pas s'arrêter à un diagnostic en présence d'une lésion basse susceptible d'expliquer l'hémorragie mais bien de poursuivre les investigations pour éliminer une autre cause plus haut située.

a) - LESIONS OVARIENNES trois cas ont été retrouvés, mis à part
----- les métastases.

- Endométriose ovarienne deux fois, sans aucun signe d'activité. Là, pas de difficulté diagnostique puisque la lésion au-dessus de l'utérus ne pouvait être découverte qu'après le cancer de l'endomètre. La notion de terrain n'est pas évidente et il s'agit sans doute d'une simple coïncidence. L'intérêt de cette association, découverte deux fois à l'examen de la pièce opératoire est de confirmer l'involution habituelle de l'endométriose après la ménopause. Dans notre statistique, jamais elle ne pu être incriminée comme cause de l'hémorragie, sauf peut-être une fois après traitement oestro-progestatif. Dans le cas où existait une hyperplasie muqueuse glandulo-kystique de l'endomètre;

l'endométriase était nettement involuée.

- Fibrome de l'ovaire : un cas

Le fibrome ovarien a été découvert à l'examen de la pièce opératoire : formation bénigne de 15 mm de diamètre comportant une structure glandulaire et une hyperplasie conjonctive adjacente : adénofibrome ovarien.

b) - LESIONS UTERINES

. Fibromes utérins

.....

- 4 fois, il en existait dans les antécédents, 3 ayant entraîné une stérilisation par radiothérapie, un , une myomectomie (il n'a pas été retrouvé à l'examen de la pièce).
- 25 fois, un fibrome coexistait avec le cancer de l'endomètre.
- 13 fois ce fut une découverte opératoire à l'ouverture de la pièce .
- 12 fois, le fibrome était cliniquement décelable.

Dans tous les cas, l'hystérographie quand elle a été faite a montré une lacune typique de cancer. Dans quelques observations, la constatation du fibrome, alors que n'existait pas de lésion cervicale et que l'hémorragie pouvait évoquer un cancer, a entraîné l'hystérectomie d'emblée. Actuellement sauf conditions très particulières, nous pratiquons toujours une hystérographie.

De toute façon, le fibrome en lui-même ne doit jamais être tenu après la ménopause pour responsable des métrorragies mais doit faire poursuivre les investigations à la recherche d'une autre cause dans l'apparition de l'hémorragie. Il s'agissait :

... 1 fois de CYCLADIENE prescrit 10 jours par mois depuis 4 à 5 ans : l'examen anatomo-pathologique a montré un polype muqueux bénin et une hyperplasie glandulo-kystique.

On peut se demander si l'administration d'oestrogènes joue un rôle dans cette transformation.

... 2 fois de DISTILBENE dont le mode d'administration n'a pas été précisé.

... 1 fois d'EQUIGYNE , associé à des CORTICOÏDES prescrit pour rhumatisme. Dans cette observation, une tumeur métastatique de l'extrémité inférieure du tibia, pour laquelle des examens étaient en cours, a dû être rattachée à sa cause par l'apparition de l'hémorragie consécutive au traitement.

Quel rôle peut avoir joué cet apport hormonal dans l'apparition du cancer ? Mis à part celui où la prise continuait depuis cinq ans, les autres cas ne peuvent guère apporter d'argument en faveur de cette hypothèse. Il peut s'agir d'une coïncidence, mais plus vraisemblablement l'apport d'oestrogènes ou d'anticoagulant a dû jouer un rôle révélateur en entraînant une hémorragie au niveau d'une lésion préexistante.

Toutes ces causes possibles d'hémorragies génitales sont autant d'erreurs à éviter dans le diagnostic étiologique. Elles montrent à l'évidence qu'en la matière, il ne faut pas se contenter d'un diagnostic trop simple, mais poursuivre les examens. Pratiquement, on ne peut établir de rapport de cause à effet entre la lésion et l'hémorragie qu'après avoir éliminé les autres étiologies pouvant lui être associées, et en particulier, les lésions malignes.

. Hyperplasie de l'endomètre : 4 cas

.....

- Dans deux cas, elle accompagnait un polype muqueux du col.

- Deux fois, il s'agissait d'une hyperplasie accompagnant le cancer.
 - Deux fois, il y avait transformation maligne en une zone de l'hyperplasie glandulokystique.
- . Polypes muqueux du corps utérin : 3 cas
.....
- Deux fois, le polype coexistait avec le cancer.
 - Une fois, il s'agissait d'un épithélioma glandulaire développé à l'intérieur même du polype.

c) - LESIONS CERVICALES

- . 11 POLYPES MUQUEUX DU COL dont 8 patents, diagnostiqués dès l'examen au spéculum étaient associés à un cancer du corps. Tous ont été prélevés et étaient bénins.
- . Sur les 10 PROLAPSUS associés, trois présentaient une ulcération tion bénigne du col.
- . Enfin, un certain nombre de lésions atrophiques ou infectieuses auraient pu à première vue passer pour être à l'origine du saignement.

d) - LESIONS VAGINALES

- . Plusieurs fois, l'examen faisait apparaître une petite hémorragie au contact du spéculum avec le VAGIN ATRESIQUE.
- . UN POLYPE DU MEAT URETRAL, hémorragique, a été dans une observation, cause d'un important retard de diagnostic. Il avait été électrocoagulé trois fois en deux ans, avant que devant la persistance de l'hémorragie, on se décide, à demander un bilan gynécologique.

e) - APPORT MEDICAMENTEUX

Dans cinq observations, on retrouvait une prescription d'oestrogènes et une fois d'anti-coagulants pouvant être mis en cause.

IV - T R O M P E : 1 Cas

=====

Un seul cas : Tumeur maligne.

Il s'agissait d'une femme de 64 ans, ménopausée depuis dix ans, ayant présenté une leucorrhée mêlée de sang. Examen clinique négatif. L'hystéroggraphie montrait un utérus un peu gros, sans image anormale. Pas d'injection tubaire.

Curetage utérin : glandes utérines un peu dilatées, sans autre anomalie. La coelioscopie a été associée au curetage : mauvaise vision du pelvis en raison de nombreuses adhérences intestinales et épiploïques. Il semble exister "quelque chose" à gauche.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle : utérus et annexes droites normaux. A gauche : ovaire normal, adénocarcinome tubaire de structure massive. Les éléments carcinomateux restent cantonnés à l'intérieur de la cavité tubaire et infiltrent sa paroi sans jamais atteindre la périphérie de l'organe.

La malade a été revue deux ans plus tard : récurrence et ganglion sus-claviculaire.

V - O V A I R E S : 14 Cas

Causes bénignes 8

Causes malignes 6

A

TUMEURS BENIGNES DE L'OVAIRE : 8 Cas.

Les 8 Observations se répartissent ainsi :

- Endométriose ovarien..... 1
- Fibromes de l'ovaire 2
- Tumeur de Brenner 1
- Kyste entéroïde et dermoïde 1
- Tumeur de la granulosa 1
- Diagnostic probable de la tumeur de la granulosa . 2

- Quatre fois l'intervention a été décidée d'emblée

a) - En raison de la perception d'une masse latéro-utérine

Il s'agissait d'une grosse tumeur, fibromyomateuse, au sein de laquelle on trouvait des tubes épithéliaux très réguliers à lumière parfois petite, parfois large, bordés d'un épithélium cylindrique basophile, très régulier, type endométrial, avec quelques zones hémorragiques : endométriome ovarien.

b) - En raison d'un prolapsus utérin : l'examen clinique avait dé-

couvert, à l'origine d'un col normal mais avec glaire importante, un polype que l'histologie montrait muqueux et bénin. Au frottis vaginal, index caryopycnotique à 18 %. Histologiquement : endomètre atrophique. Ovaire : cellules rondes à protoplasme clair et noyaux réguliers au niveau d'une masse fibroblastique, tumeur de la granulosa possible.

- c) - Devant le type de métrorragies : hémorragies cycliques (trente jours)
----- depuis deux ans chez une femme de 68 ans, ménopausée il y a 21 ans.

Vulve et vagin étaient anormalement trophiques pour l'âge. Col normal. L'obésité empêchant d'apprécier l'utérus et les annexes.

A l'intervention : ascite peu abondante, hémorragique. Tumeur de l'ovaire gauche de 12 cm. de diamètre d'aspect kystique avec quelques végétations en surface.

Histologie : Endomètre : hyperplasie glandulokystique.

Ovaire : tumeur de la granulosa typique.

Cette malade a été revue depuis en excellente santé.

- d) - En raison de la présence d'un gros fibrome chez une malade
----- de 62 ans, ménopausée depuis cinq ans :

Hystérectomie : fibrome avec réaction fibreuse péri-vasculaire.

Endomètre atrophique. Fibrome de l'ovaire

- Dans les quatre autres cas : a été faite une hystérographie :
=====

- a/ . Troisième hémorragie en cinq ans, les deux fois précédentes avait été pratiquée l'ablation d'un polype muqueux bénin.

A l'hystérographie : image de polypes multiples.

Diagnostic de polypes récidivants

----- : intervention : endomètre

Hypertrophie glandulokystique et polypes muqueux.

Ovaire : au milieu de travées fibreuses, bourgeons de cellules rondes régulières : tumeur de la granulosa possible.

- b/ . Gros utérus au toucher vaginal et polype muqueux bénin de l'endomètre à l'orifice externe.
- Hystérographie
----- : grosse image lacunaire un peu irrégulière, polype ou cancer de l'endomètre.
- Intervention : Utérus : très gros polype muqueux bénin
Ovaire : fibrome de l'ovaire.
- c/ . Gros utérus à l'examen clinique chez une femme de 56 ans ménopausée depuis trois ans.
- Hystérographie
----- : Gros utérus fibromateux
- Curetage biopsique :
----- état dysplasique à surveiller.
- Intervention : gros utérus fibromateux.
endomètre hypoplasique, hyperplasique par endroits.
Hydrosalpinx sans réaction inflammatoire associée
Ovaire : petite masse blanchâtre.
A l'histologie : aspect typique de tumeur de BRENNER
- d/ . Examen clinique négatif : 62 ans. Ménopause il y a 8 ans.
- Hystérographie
----- : utérus normal. Trompe gauche normale bien injectée.
Arrêt de l'injection de la trompe droite.
- Devant l'aspect peu évocateur et la négativité de l'examen clinique, on reconvoque la malade pour nouvel examen et éventuellement frottis aspiratif ou curetage biopsique.
- Entre temps : apparition d'un syndrome pseudo-occlusif.
- Coelioscopie : Un peu d'ascite. Tumeur solide de l'ovaire gauche.

- Intervention : épanchement gélatineux dans le péritoine.
Endomètre atrophique.
Grosse tumeur ovarienne constituée de plusieurs logettes. L'une est encombrée de substance sébacée, sa bordure est épidermique et le tissu sous-jacent contient des annexes cutanées. Les autres logettes sont tapissées d'un épithélium cylindrique de type

intestinal et contiennent une grande quantité de mucus: kyste dermoïde et entéroïde de l'ovaire fissuré, avec maladie gélatineuse du péritoine.

Il faut noter, là encore, la nécessité d'examens complémentaires. Sans eux, les diagnostics auraient pu être posés de : polype muqueux, hyperplasie de l'endomètre ou fibrome et laisser ignorer la lésion ovarienne. La conséquence aurait pu en être grave, surtout pour les tumeurs de la granulosa dont on sait l'incertitude pronostique quant à l'évolution.

.....
: B : TUMEUR MALIGNNE DE L'OVAIRE : 6 Cas
:
:

- Trois fois, l'intervention a été décidée dès l'examen clinique

en présence de tumeurs ovariennes palpables. Dans deux cas, il s'agissait de la première hémorragie ; dans le troisième cas, des petites pertes de sang avaient eu lieu les années précédentes. Il s'agissait de :
 - a) - 2 tumeurs très avancées avec adhérences multiples et nombreuses métastases épiploïques et péritonéales, où la malignité était certaine mais la nature histologique de la tumeur impossible à préciser.
 - b) - 1 épithélioma cylindrique d'un ovaire associé à un kyste.
- Trois fois la démarche diagnostique a été différente en raison de la négativité de l'examen clinique.

 - a/ . Hystérogaphie
----- : non faite en raison de l'atrésie vaginale.

Curetage utérin

----- : hyperplasie glandulokystique dont la bénignité
n'est pas certaine.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle :
----- tumeur végétante de l'ovaire.

b/ . Hystérographie

----- : une image lacunaire intra-utérine à bords peu
réguliers fait poser l'indication opératoire.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle.

-
- endomètre polypeux, hyperplasique.
 -  pith lioma très différencié de l'ovaire
en voie de prolifération très active.

c/ . Biopsie du col

----- : dilatation kystique des glandes cervicales sans
indice de malignité.

Hystérographie

----- : Corne gauche irrégulière - trompe droite dilatée.

Curetage utérin

----- :  tat dysplasique à surveiller. Apparition d'une
nouvelle hémorrhagie.

Intervention : tumeur ovarienne de 7 cm de dia-
mètre :  pith lioma ovarien de type végétant
germinatif.

Ce dernier cas illustre bien la nécessité de poursuivre les investiga-
tions sans se contenter d'un diagnostic qui pourrait paraître suffisant.
Ici existaient deux causes probables d'hémorrhagie, de cause bénigne tou-
tes les deux, au niveau du col et du corps utérin. Dans la troisième
observation, l'hystérographie, en attirant l'attention vers la trompe,
a permis l'intervention et le diagnostic.

Dans les deux cas existait aussi une hyperplasie glandulo-kystique de
l'endomètre. C'est une preuve de plus de l'association fréquente de
l'hyperplasie à une lésion. Que celle-ci soit maligne n'est peut-être
qu'une coïncidence. Il n'en demeure pas moins que ni un polype du col,
ni une hyperplasie endométriale ne peuvent être considérées comme un

diagnostic définitif avant d'avoir pratiqué au moins une hystérographie et un curetage : ici dans les deux cas, ces examens ont laissé persister un doute qui a permis de poser l'indication opératoire.

VI - CAUSES MEDICAMENTEUSES : 40 Cas =====

Nous avons classé dans cette rubrique tous les cas où la thérapeutique reçue paraissait directement en cause en raison de la relation chronologique entre la prise du médicament et l'hémorragie.

Dans certaines observations, a été découverte une lésion organique mais elle paraissait directement liée à l'action des hormones administrées.

Par contre, nous n'avons pas inclus les hémorragies survenues sous traitement dont l'étiologie s'est révélée être une lésion sans doute pré-existante ayant saigné à cette occasion. Là, la thérapeutique a sans doute joué un rôle révélateur. Nous en reparlerons aux différents paragraphes intéressés.

1 - MEDICAMENTS EN CAUSE =====

a) - <u>Oestrogènes seuls</u>	23 cas
ainsi répartis par ordre de fréquence	
- DIENOESTROL (Cycladiene)	11
- DIETHYLSTILBOESTROL (Distilbène)	4
- TRIANISOESTROL (Tace)	4
(dont un cas avec anti-coagulant)	

- FOLLICULINE INJECTABLE 1
- OESTROGENES RETARD INJECTABLES 1
- OESTROGENES NATURELS PER OS (Equigyne) 1
- HEXOESTROL (Synthrogène Lotion)..... 1

b) - Association oestrogènes et androgènes 5 cas

- VALERIANATE d'OESTRADIOL + DENANTHATE DE
TESTOSTERONE 2
(Androtardyl-Oestradiol)
- DIETHYL STILBOESTROL + METHYLTESTOSTERONE 1
(Climatérine)
- GYNOESTRYL + STERANDRYL (implants hormo-
naux).... 1
- DIENOESTROL + PROPIONATE DE TESTOSTERONE
puis ACETATE DE TESTOSTERONE 1
(Cycladiene + Testoviron puis
Acétostérandryl)

c) - Association : Oestrogènes, Androgènes et Progestérone .. 6 cas

- ETHINYL OESTRADIOL + ANHYDROXY PROGESTERONE
+ METHYL TESTOSTERONE 2
- BENZOATE d'OESTRADIOL + PROGESTERONE + PRO-
PIONATE DE TESTOSTERONE(Trioestrine retard)3
- TRIOESTRINE + TESTOVIRON PROGESTERONE +
OESTROGENES RETARDS 1

d) - Androgènes seuls

- CYCLOPENTYL PROPIONATE DE TESTOSTERONE 1
(Testostérone retard)

e) - Androgènes + Anti-coagulant

- ACETATE DE TESTOSTERONE + Anticoagulants .. 1
(acétostérandryl)

f) - Oestroprogestatif

- NORETHYNODREL + MESTRANOL (Enidrel) 1

g) - Norstéroïdes de Synthèse

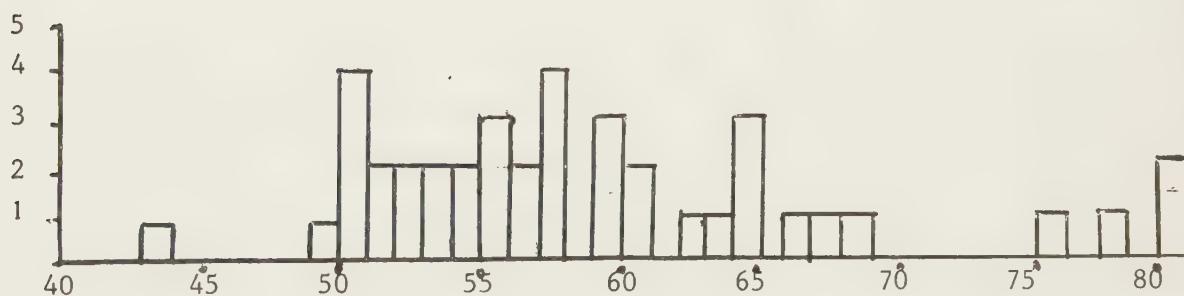
- NORETHANDROLONE (Nivelar) 1

- h) - Anticoagulants seuls 2
 - PHENINDIONE (Pindione)

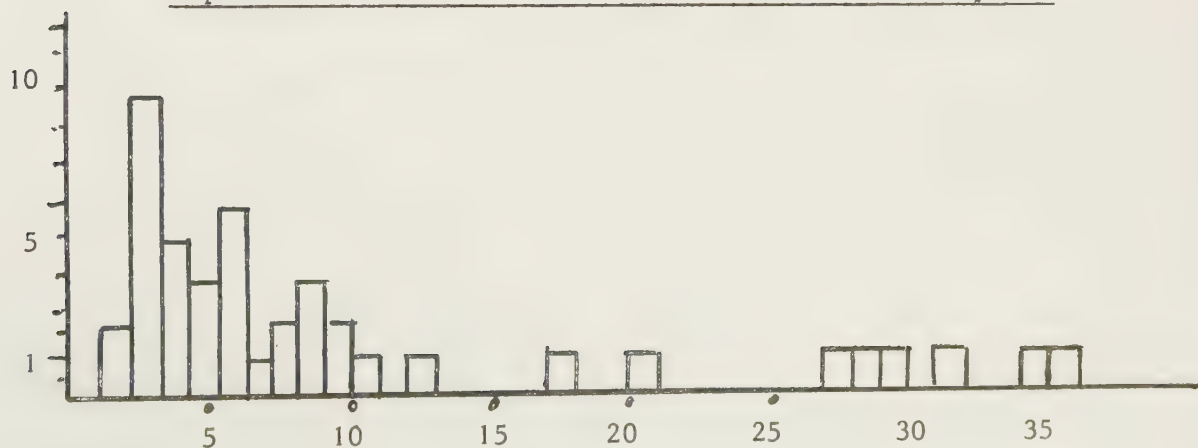
2 - DATE ET MOTIFS d'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

- a/ . L'étude de la répartition en fonction de l'âge fait apparaître
 un maximum très net de 50 à 60 ans, dans 65 % des cas
- b/ . La répartition en fonction de l'ancienneté de la ménopause est
 encore plus nette puisque 75 % des cas se situent dans les dix
 premières années.

Répartition en fonction de l'âge



Répartition en fonction de l'ancienneté de la ménopause



c/ . Les motifs d'administration rendent bien compte de cette répartition

- La plupart des traitements hormonaux ont été prescrits aux alentours de la ménopause, soit pour irrégularités menstruelles, soit pour bouffées de chaleur, et ont été continués ensuite plus ou moins régulièrement.

Toutes les fantaisies sont possibles dans ce domaine après une première prescription médicale ; deux cas particuliers entre autres, en font foi :

- . Séries de deux à trois jours, très irrégulièrement :

"de temps en temps", de 2 à 3 comprimés de Distilbène prescrit sept ans plus tôt pour des métrorragies préménopausiques (hystérogaphie et curetage auraient été pratiqués à l'époque : pas d'anomalie). Une cure plus prolongée d'une semaine entraîne une hémorragie trois jours plus tard.

- . Prise de deux comprimés par jour de Cycladiene pendant quinze jours (hémorragie une semaine après) sur les conseils d'une amie à qui " ... ce fortifiant réussissait bien ! ! .. "

- Parfois, la prescription d'Oestrogènes au cours de la ménopause pour bouffées de chaleur a entraîné une hémorragie au moment de l'arrêt du traitement, ou une reprise des troubles, et entraîne une série de thérapeutiques successives aboutissant à l'hémorragie qui motive la consultation. C'était le cas lorsque nous avons relevé les associations Trioestrine Retard, puis Testiviron Oestradiol, puis Oestrogènes retard et Cycladiene, puis Testoviron-Oestradiol , puis Acétostérandryl.

- Beaucoup plus loin de la ménopause et chez des femmes plus âgées on retrouve les thérapeutiques anticoagulantes et les traitements hormonaux prescrits pour rhumatisme : Cycladiène, Tace, Trioestrine, Nilevar).

3 - CARACTERES DES METRORRAGIES

Elles échappent à toute description systématisée tant

leur abondance, leur survenue, est irrégulière. Jamais, cependant, nous n'avons trouvé d'hémorragies de grande abondance.

- La date d'apparition par rapport au traitement se situe en général quelques jours après son arrêt alors qu'il s'agit d'hormonothérapie. Deux fois, elles sont apparues au cours même du traitement.

En ce qui concerne les anticoagulants, ils étaient les deux fois prescrits depuis plus d'un mois et demi.

- La quantité d'hormone administrée, la durée du traitement ne nous ont pas semblé avoir de conséquence directe sur l'abondance et la date d'apparition du saignement. Celui-ci peut survenir aussi bien après un traitement court, à petites doses, qu'après une administration continue de plusieurs années. Deux observations extrêmes en font foi :

- .. Quatre comprimés de Distilbène pendant dix jours ont entraîné, six ans après la ménopause, une hémorragie importante.
- .. Hémorragie peu abondante survenant seulement après administration quotidienne de $\frac{1}{2}$ mg. de Cycladiene pendant six ans.

4 - DEMARCHE DIAGNOSTIQUE, EXAMENS CLINIQUE et COMPLEMENTAIRES

Théoriquement, toute la série des examens complémentaires devrait être mise en oeuvre avant d'éliminer une cause organique expliquant les métrorragies.

En fait la relation de cause à effet est apparue suffisamment évidente dans un certain nombre de cas pour se contenter de la négativité de l'examen clinique et des frottis de dépistage.

- a) - Dans 19 cas, aucun autre examen complémentaire n'a été effectué
Il n'y avait aucun antécédent gynécologique. La chronologie des évènements incriminait la thérapeutique. L'examen ne montrait

aucune anomalie patente, mais au contraire, apportait parfois un certain nombre d'arguments en faveur de l'origine hormonale exogène de l'hémorragie :

- .. Imprégnation oestrogénique de la vulve et du vagin souvent cliniquement nette.
- .. Coloration par le Lugol très intense, dans six cas au moins (pas toujours mentionnée).
- .. Existence fréquente d'une glaire cervicale.
- .. Enfin, le frottis hormonal montrait, dans cinq observations, un index caryopyctonique élevé.

Les frottis de dépistage pratiqués systématiquement ne notaient bien sûr aucune cellule suspecte.

Cette attitude d'abstention n'est justifiée que si l'on est certain de pouvoir faire un examen de contrôle après arrêt de la thérapeutique incriminée. Ce fut le cas douze fois sur dix neuf. Sept fois, cependant, il n'y eut pas de nouvelle consultation. Certes, l'arrêt des troubles en était vraisemblablement cause. Il persiste cependant un doute. Cette impossibilité de prévoir avec certitude cet examen de contrôle nous incite actuellement à pratiquer systématiquement au moins une hystérogaphie.

b) - L'Hystérogaphie a été faite seize fois

- Dans neuf cas, l'image de la cavité était strictement normale.

Six fois, aucun autre examen n'a été entrepris. Trois fois, une étude histologique de la muqueuse utérine a été faite :

- .. après hystérectomie dont l'indication a été posée devant la découverte d'un kyste de l'ovaire, kyste dermoïde banal n'expliquant pas les métrorragies : muqueuse atrophique.
- .. Par biopsie d'endomètre faite dès la première consultation. Quelques tubes glandulaires irrégulièrement développés avec hémorragie diffuse.
- .. Par curetage pratiqué malgré une hystérogaphie normale car

l'utérus paraissait cliniquement un peu gros. Endomètre atrophique : quelques nappes hémorragiques.

- Dans les sept autres cas existait une image anormale.

- .. Trois fois une image arrondie intracavitaire. Le curetage biopsique a confirmé l'existence de polypes muqueux. Pas de récidence après arrêt de la thérapeutique.
- .. Une fois, une image des bords évoquant une hyperplasie que le curetage a montré irrégulièrement répartie.
- .. Une fois une irrégularité des bords faisant discuter hyperplasie ou atrophie. Le curetage n'a montré qu'un endomètre atrophique avec réaction inflammatoire. Il s'agissait d'une femme de 80 ans, ayant présenté une hémorragie dix jours après la seconde série de deux injections de Testostérone faire à quinze jours d'intervalle. Les hémorragies ne se sont plus reproduites après le curetage.
- .. Deux fois enfin, il existait une image douteuse pouvant évoquer un polype, mais un peu irrégulière avec mauvais remplissage de la cavité utérine. Les deux femmes n'ont pas été revues alors qu'était proposé un curetage. La chronologie des faits nous a fait incriminer une thérapeutique oestrogénique. Il n'est pas impossible, cependant, qu'elle ait entraîné une hémorragie au niveau d'une lésion préexistante.

c) - La vérification histologique de l'endomètre a en tout été faite douze fois par biopsie d'endomètre, curetage ou hystérectomie. Cinq hystérectomies ont en effet été pratiquées : une fois d'emblée devant un gros utérus fibromateux, une fois en raison d'un kyste ovarien, une fois devant la persistance de l'hémorragie après arrêt du traitement, (Tace) et deux fois après images anormales à l'hystérographie.

Les résultats ont été très variables :

- . Cinq polypes muqueux peu développés

Dans un cas, les ovaires ont été enlevés : il existait après

six ans de Cycladiene des follicules en voie de développement avec une seule assise de cellules granuleuses, une thèque peu développée envahie par des fibroblastes.

- . Un polype fibreux sans doute ancien, à la surface duquel existaient des glandes hyperplasiques.
- . Trois hyperplasies de l'endomètre dont deux très irrégulièrement réparties au sein d'un endomètre par ailleurs atrophique. Dans un de ces deux cas, les ovaires étaient scléroatrophiques.
- . Trois atrophies endométriales , une fois accompagnée d'un état inflammatoire.

Un dernier cas est particulier : hémorragie quinze mois après la ménopause, à la suite de la reprise d'un traitement d'Enidrel prescrit pour douleurs avant la ménopause.

Les métrorragies survenues après arrêt du traitement semblent pouvoir lui être rattachées ; hystérectomie décidée en raison d'un utérus gros avec image douteuse d'une corne à l'hystérogaphie : "hypertrophie myométriale avec inclusions andométriales d'aspect folliculo-lutéinique ; forte stimulation lutéale déciduiforme". Les ovaires étaient scléroatrophiques. Dans cette observation, l'aspect des ovaires confirme la réalité de la post-ménopause. Il s'agissait d'une adénomyose ancienne ayant saigné, malgré l'absence apparente de stimulation ovarienne au décours d'une série d'oestro-progestatifs.

AU TOTAL, la thérapeutique, essentiellement hormonale paraît une cause de plus en plus fréquente des métrorragies après la ménopause. Si la relation de cause à effet est flagrante, il n'en demeure pas moins que :
- l'hémorragie se produit souvent au niveau d'une lésion organique, conséquence de la thérapeutique mais qui ne régressera pas forcément après son arrêt.

- surtout la prescription d'un traitement hormonal ou anticoagulant peut entraîner une métrorragie révélatrice d'une lésion jusque là fonctionnellement muette. Nous verrons qu'il en était ainsi pour au moins un cancer de l'endomètre.

Ces deux faits doivent faire envisager avec beaucoup de réserve le diagnostic d' "hémorragie médicamenteuse". L'examen clinique et les frottis doivent être complétés au moins par l'hystérographie systématique, le contrôle ultérieur après arrêt de la thérapeutique incriminée restant une nécessité impérative.

VII - CAUSE GENERALE

Une seule fois, une cause générale a été à l'origine des métrorragies. Il s'agissait d'une femme de 66 ans, ménopausée à 50 ans, atteinte de leucémie chronique. Les frottis ont été faits ainsi qu'une hystérographie, normale.

En raison du contexte, les explorations n'ont pas été poursuivies plus loin.

3ème Partie

A S P E C T S T A T I S T I Q U E

- *Statistique personnelle complète*
- *Répartition des différentes étiologies*
- *Comparaison avec les Statistiques antérieures*

I - STATISTIQUE PERSONNELLE COMPLETE

450 CAS

- INDETERMINEES	car non explorées entièrement	35
- VULVE et VAGIN		27
. 26 Lésions bénignes		
- méat urétral		10
- vaginite à trichomonas		7
- Vaginite d'autre cause		8
- ulcération par pessaire		1
. 1 Lésion maligne		
- COL UTERIN		116
. 50 Lésions bénignes		
- cervicite		14
- Ulcération par pessaire		6
- Atrophie cervicale		1
- Polypes muqueux du col		29
. 66 Lésions malignes		

- CORPS UTERIN 216

. 104 Lésions bénignes

- Atrophie endométriale 34
- Fibrome et polypes fibreux .. 3
- Hyperplasie de l'endomètre ... 39
- Polypes muqueux de l'endomètre 27
- Tuberculose de l'endomètre.... 1

. 112 Lésions malignes

- Adénocarcinomes de l'endomètre 110
- Sarcomes du corps utérin 2

- TROMPES 1

. 1 cause maligne : adénocarcinome

- OVAIRES 14

. 8 lésions bénignes

6 lésions malignes

- CAUSES MEDICAMENTEUSES 40

- CAUSE GENERALE (maligne) 1

Soit	{	Indéterminées 35
		lésions malignes187
		lésions bénignes228

II - REPARTITION DES DIVERSES ETIOLOGIES

Leur pourcentage est différent selon que l'on se base :

- Sur l'ensemble des 450 Observations ainsi que le font la plupart des auteurs, en classant dans une rubrique "causes indéterminées" les cas où les investigations n'ont pû être poursuivies.

- Sur les seules 415 Observations qui ont pû être cataloguées dans un chapitre précis, excluant de la statistique les "indéterminées" (observations incomplètes, investigations non poursuivies, malades non revues)

C'est pourquoi, pour permettre les comparaisons, nous avons donné les pourcentages dans les deux conditions.

	SUR 415 Observations	Sur les 450 Observations
<u>CAUSE INDETERMINEE</u>	<u>0</u>	<u>7,8 %</u>
<u>LESIONS BENIGNES</u>	<u>55 %</u>	<u>50.6 %</u>
Vulve et vagin	6,2 %	5,7 %
Col utérin	12 %	11,1 %
Corps utérin	25 %	23.1 %
Annexes	1.8 %	1.7 %
Médicaments	9.6 %	8.8 %
<u>LESIONS MALIGNES</u>	<u>45 %</u>	<u>41.5 %</u>
Vulve et vagin	0.2 %	0.2 %
Col utérin	15.8 %	14.6 %
Corps utérin	26.9 %	24.8 %
Annexes	1.6 %	1.3 %

POURCENTAGE DES LESIONS MALIGNES POUR

CHAQUE CHAPITRE

	Nombre de Cas	Lésions Malignes	Pourcentage des lésions Malignes.
VULVE ET VAGIN	27	1	4.4 %
COL UTERIN	116	66	56.8 %
CORPS UTERIN	216	112	51.8 %
ANNEXES	15	6	40 %
MEDICAMENTS	40		

III - COMPARAISON AVEC LES STATISTIQUES ANTERIEURES

AUTEURS ANNEE	Nombre de Malades	Lésions bénignes	Lésions malignes	Pourcentage Lésions malignes
BREWER ET MILLET 1954	211	153	58	27.5 %
DALSACE 1957	219	137	82	36 %
PAYNE WRIGHT PETTERMAN 1959	698	404	209	30 %
MATHIEU MOUSSELMON VILLEDIEU 1959	270	149	121	44.8 %
BIMES 1959	247	160	87	35.2 %
LATOUR PELLETIER 1961	2 000	1 538	462	23.1 %
SERMENT FELCE 1963	182	137	45	24.7 %
HARTMANN 1964	312	203	77	25 %
STATISTIQUE PERSONNELLE sur l'ensemble des 450 cas	450	228	187	41.7 %
En excluant les étiolo- gies indéterminées	415	228	187	45 %
AU TOTAL	4.554	3.226	1.328	29.1 %

4ème PARTIE

Aspect DIAGNOSTIQUE et THERAPEUTIQUE

IMPORTANCE d'UN PLAN d'EXAMEN CLINIQUE

NECESSITE ET VALEUR DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La recherche systématique d'une étiologie maligne parmi les multiples causes d'hémorragies génitales après la ménopause, implique la nécessité d'un plan rigoureux d'examen débouchant sur l'utilisation fréquente d'examens complémentaires.

A - INTERROGATOIRE

Fondamental avant tout examen, il est particulièrement important, centré sur deux points essentiels :

1 - L'étude des antécédents gynécologiques

avant la ménopause mais aussi au cours de son installation et depuis l'arrêt définitif des règles.

2 - La recherche opiniatre d'un apport hormonal ou médicamenteux

Les médications les plus diverses peuvent être en cause, des anticoagulants aux corticoïdes

- L'apport oestrogénique exogène est souvent masqué sous une prescription apparemment anodine dont il faut vérifier la composition. L'usage intempestif ou prolongé d'un traitement prescrit au moment de la ménopause doit être dépisté. Deux observations en font foi : prise "de temps en temps" de Distilbène prescrit sept ans plus tôt pour métrorragies préménopausiques ; ingestion de Cycladiene conseillé par une amie comme

"fortifiant". L'association aux oestrogènes de Progestérone ou d'hormone mâle est fréquente. La testostérone a été une fois responsable des hémorragies.

L'usage de produits cosmétiques , bien que non retrouvé dans nos observations , est une étiologie classique, à rechercher, bien que leur composition soit la plupart du temps impossible à faire préciser.

Cette enquête est fréquemment orientée par l'existence d'une pathologie associée, rhumatismale en particulier, source fréquente de prescription hormonale.

B - EXAMEN CLINIQUE

Il doit être considéré au sens large du mot, en incluant les examens paracliniques pratiqués au cours même de la consultation.

I - L'EXAMEN GENERAL doit tenir compte du "profil" général, psychologique et organique, en prêtant une particulière attention aux troubles vasculaires, à l'obésité, au terrain psychique qui peuvent être autant de causes favorisantes ou même déclenchantes.

II - L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE PROPREMENT DIT

1) - Dès l'inspection, deux éléments à noter :

.. existence fréquente d'une ectopie muqueuse du méat urétral. Polypoïde ou polypeuse, elle peut être source d'hémorragie.

.. trophicité vulvaire, premier témoin du "climat" hormonal.

2) - L'examen au spéculum est parfois gêné par l'atrophie (au maximum ----- diaphragmes vaginaux séniles)

La paroi vaginale peut saigner à la moindre éraillure. Le col utérin est souvent difficile à voir, "enfoui" au fond du vagin atrésique, nécessitant parfois l'utilisation d'un spéculum de vierge. D'autres fois, une perméabilité vaginale bien conservée, l'existence d'une glaire cervicale, sont un argument important en faveur d'une hyperoestrogénie. Lorsque l'examen est négatif, l'origine plus haute de la lésion peut être affirmée par l'issue de sang de l'orifice externe.

3) - Les frottis ont une valeur inégale

- a/ . Bactériologiques et parasitologiques, ils précisent le germe en cause dans une éventuelle leucorrhée, permettant le traitement adapté.
- b/ . de dépistage doivent être systématiques chaque fois que le col est accessible au spéculum, associés, quand l'orifice interne est perméable, à un prélèvement cytologique endométrial. L'infection peut en fausser les résultats. Dans nos observations, cinq frottis suspects, classe III, ont été interprétés comme normaux après traitement anti-infectieux par les Sulfamides. Une cure de cinq jours de Sulfamethoxypyridazine (Sultirène) nous a toujours permis de refaire le prélèvement dans de bonnes conditions. Leur importance est considérable. Deux fois, en effet, classe III et IV, ils ont permis la découverte d'un cancer du col, malgré un examen clinique totalement négatif. Ils étaient 9 fois classe IV dans notre série de cancers de l'endomètre.

Leur négativité, par contre, n'élimine en rien une lésion maligne.

4) - La colposcopie fait désormais partie de l'examen au spéculum au
----- cours de toute consultation gynécologique. L'atrésie vaginale la rend parfois difficile. Son intérêt majeur

est de mettre en évidence des lésions passant inaperçues à l'examen direct et d'en permettre la biopsie. A l'opposé, elle évite certains prélèvements au niveau de zones idonégatives dues à l'action traumatique de la spatule à prélèvement sur un col atrésique.

L'acide acétique "nettoie" le col et permet une meilleure vision.

Le test de Schiller percolposcopique est systématique.

L'intensité générale de la coloration est un bon reflet hormonal.

Dans notre statistique, la colposcopie a 22 fois guidé la biopsie de lésions minimales qui étaient des cancers du col dont l'un intraépithélial.

- 5) - Le curetage de l'endocol est le dernier complément à l'examen de consultation. Pratiqué quand le col est perméable, il trouve son indication chaque fois qu'est suspecté un cancer endocervical. Deux fois, il nous en a fourni la preuve en ramenant des cellules malignes.

C - AU TERME DE L' EXAMEN plusieurs cas peuvent se présenter.

1°) - DIAGNOSTIC PRECIS d'une lésion pouvant expliquer l'hémorragie

. Cancer du vagin ou du col peuvent seuls être considérés comme un diagnostic définitif.

. Toutes les autres lésions sont susceptibles d'en accompagner une autre plus haut située et doivent être considérées, jusqu'à preuve du contraire, comme des diagnostics différentiels.

Parmi elles, certaines sont accessibles à un traitement spécifique de courte durée . C'est le cas des polypes urétraux, vaginites, ulcération par pessaire, cervicite. Dans ces cas, le trai-

tement a toujours été mis en oeuvre sans autre examen. Mais une telle attitude n'est acceptable qu'à la condition expresse de pouvoir vérifier la guérison par un examen de contrôle après traitement. L'absence de réponse à la thérapeutique ou la reprise des hémorragies est une indication formelle à la poursuite des investigations.

- . Les Polypes cervicaux ou accouchés par le col sont justiciables d'ablation pour examen anatomo-pathologique. Un résultat bénin n'exclut pas la poursuite des examens, au moins une hystérographie pour vérifier l'intégrité de la cavité utérine.

2°) - PRESENCE DE SIGNES d'EXAMENS NE PERMETTANT PAS UN DIAGNOSTIC DEFINITIF.

- a/ . Parfois c'est l'existence de signes d'activité oestrogénique -----
vagin anormalement trophique, présence d'une glaire cervicale. Un apport exogène peut souvent être mis en cause et l'interrogatoire doit être repris pour rechercher une médication non mentionnée, un produit cosmétique hormonal. Si la chronologie des faits l'évoque fortement, on peut là encore se contenter provisoirement de cette explication. Une expectative de quelques semaines est alors justifiée après suppression du produit en cause. Mais n'est concevable qu'une expectative sous surveillance, avec examen de contrôle, la moindre récurrence faisant reprendre la recherche étiologique.

Les observations en faveur de cette attitude ne manquent pas puisque dans 40 de nos cas, seul était en cause un apport exogène dont l'arrêt a fait cesser l'hémorragie.

Cependant la découverte de trois cancers du corps après prise d'oestrogènes doit inciter à plus de prudence et nous pratiquons au moins une hystérographie.

Lorsqu'un apport exogène est éliminé, un bilan hormonal peut préciser la réalité de la sécrétion d'oestrogènes. La poursuite des investigations est alors une nécessité en raison du risque d'hyperplasie muqueuse endométriale, de polypes de l'endocorps, de cancer de l'endomètre surtout qui trouve là son terrain de prédilection.

L'hystérogographie sera au moindre doute complétée par le curetage biopsique avec nouvel examen sous anesthésie générale, orienté vers les annexes. C'est dans la crainte d'une tumeur ovarienne, qu'il faut évoquer surtout devant ce terrain hyper-oestrogénique, que la coelioscopie associée au curetage trouve sa meilleure indication.

Nous couplons de plus en plus ces deux examens, sinon systématiquement, du moins chaque fois que le toucher vaginal sous anesthésie laisse persister le moindre doute.

- b/ . Une augmentation de volume de l'utérus est parfois décelée ,
son association à des douleurs, des leucorrhées, à plus forte raison un syndrome infectieux général doit faire évoquer le cancer de l'endomètre, indication d'hystérogographie et de curetage, après traitement anti-infectieux. Un cas particulier est la découverte de fibromes. Une seule fois, dans nos observations, il était seul responsable des métrorragies. A priori, l'origine de l'hémorragie ne doit pas lui être rapportée. Bien au contraire, la possibilité, bien qu'exceptionnelle, de dégénérescence sarcomateuse peut conduire à l'hystérectomie. L'hystérogographie là encore, est souhaitable avant décision thérapeutique.

Un tumeur annexielle justifie la coelioscopie. Un bilan hormonal peut orienter vers une tumeur endocrine. Un tableau infectieux peut évoquer une salpingite. Nous n'en n'avons pas d'exemple dans notre statistique. L'indication opé-

ratoire a été souvent posée d'emblée, sous réserve d'avoir éliminé un cancer du col utérin.

3°) - EXAMEN TOTALEMENT NEGATIF : Poursuite bien entendu des investigations

D - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Leur intérêt ressort du bilan précédent. Eux seuls permettent le diagnostic dans la grande majorité des cas. Leur négativité permet certains diagnostics d'élimination.

Certains sont contemporains de l'examen clinique.

1°) - LES FROTTIS VAGINAUX et de DEPISTAGE

Nous avons vu leur utilité, leur utilisation courante. Ils ne prennent toute leur valeur que lus par un histologiste entraîné. Un traitement anti-infectieux en facilite la nouvelle interprétation en cas de doute.

2°) - LA COLPOSCOPIE

Examen systématique avant la ménopause, parfois difficile chez la vieille femme en raison de l'atrésie vaginale, son interprétation est plus difficile qu'en période d'activité ovarienne. Son intérêt majeur est de guider la biopsie vers les zones les plus suspectes.

3°) - LA BIOPSIE reste l'examen fondamental en matière de lésions du col.

Pratiquée avec un matériel correct, elle est indolore et d'indications très larges.

- 4°) - LE CURETAGE DE L'ENDOCOL à la petite curette tranchante permet une meilleure étude cytologique que les frottis endocervicaux .
Là encore, l'examen est indolore et gagnerait à être pratiqué plus souvent, sous réserve de la perméabilité cervicale.

D'autres sont complémentaires de l'examen au sens propre du mot

5°) - L'HYSTEROGRAPHIE

De pratique aussi courante que possible. Sa valeur est considérable. Dans tous les cas de cancers du corps où nous l'avons pratiquée, elle n'a jamais été en défaut, qu'elle montre l'image typique d'une lacune ou une région suspecte conduisant à poursuivre les examens. Son inocuité peut être affirmée sous réserve d'être encadrée d'un traitement anti-infectieux et de ne pas injecter les trompes si l'image corporéale évoque le cancer. Ainsi sont évités les deux écueils classiques : infection et dissémination néoplasique.

Sa technique doit être rigoureuse. Nous utilisons les produits de contraste hydrosolubles et la préhension du col par ventouse qui permet d'éviter la pose de pinces cervicales et donne de bonnes images de l'endocol. Le contrôle télévisé ou au moins une radioscopie est indispensable pour choisir les images à fixer et leur incidence. Un cliché de profil ou au moins de 3/4, au moins un cliché d'évacuation, sont indispensables en plus des clichés de remplissage.

Son utilisation est cependant limitée par certaines contingences : état infectieux sévère, persistance de l'hémorragie amenant à pratiquer d'emblée le curetage utérin, atrésie vaginale trop importante ou orifice cervical incathétérisable. Deux fois cependant, la dilatation par petites lamineires a permis d'obvier à cet inconvénient.

Hormis cas cas, ou ceux où une impotence fonctionnelle empêche la réalisation (deux cas d'arthrose de hanche), elle demeure un examen fondamental. Son importance en particulier pour apprécier l'extension en hauteur du cancer du corps en fait un examen préopératoire quasi-systématique.

6°) - LE CURETAGE BIOPSIQUE

a pour l'endomètre la même valeur que la biopsie pour l'exocol. Pratiqué sous couvert d'un traitement anti-infectieux après dilatation progressive aux lamineaires, il permet seul la confirmation histologique préopératoire de tumeurs malignes de l'endomètre. Une exécution précise lui donne toute sa valeur dans les lésions bénignes de l'endomètre où l'élimination du cancer doit être formelle. Il doit être :

- . étagé : endocol d'abord puis endocorps
- . dirigé vers la région la plus suspecte lorsqu'il succède à l'hystérogaphie qui trouve là sa justification.
- . complet , la curette explorant systématiquement toute la cavité, face après face.
- . fractionné, le matériel ramené de chaque face étant recueilli dans des flacons séparés chaque fois que la lésion n'est pas localisée.

7°) - EXAMEN SOUS ANESTHESIE GENERALE

Nous le plaçons ici, au même titre que les examens complémentaires car il justifie parfois à lui seul l'anesthésie dans certains cas d'obésité ou d'impossibilité d'examen clinique normal.

Il est curieux de constater à quel point il est souvent négligé alors que les conditions de relâchement musculaire appor-

tées par l'anesthésie lui donnent une finesse incomparable. Il permet d'apprécier le volume des ovaires dont aucun des examens précédents ne permet l'exploration. Nous le pratiquons personnellement chaque fois que l'anesthésie n'est pas contre-indiquée, quels que soient l'indication ou l'âge de la malade.

8°) - LA COELIOSCOPIE

Technique actuellement bien au point, permet, par une vision directe du pelvis de compléter les données des examens précédents. Inutile lorsque ceux-ci ont déjà permis le diagnostic, elle prend tout son intérêt lorsqu'on suspecte une lésion annexielle. Son innocuité doit permettre de l'utiliser beaucoup plus fréquemment, en particulier associée au curetage biopsique. Elle complète l'examen général et peut même, dans certains cas, permettre une biopsie ovarienne.

Le problème anesthésique ayant été envisagé pour le curetage, le seul empêchement majeur réside dans l'existence d'une laparotomie antérieure, cause possible d'adhérences. Dans une observation, l'existence d'une atonie diaphragmatique unilatérale nous l'a fait rejeter, craignant les conséquences de la forte position déclive.

9°) - LE BILAN HORMONAL

doit être pratiqué dans certaines circonstances, en sachant la grande variabilité qui lui enlève de sa valeur en cas de prélèvement unique.

Ainsi pratiquée, l'enquête étiologique ne peut guère laisser échapper de lésions malignes, mis à part certains sarcomes cliniquement muets ou tumeurs de l'ovaire que l'utilisation

plus fréquente du bilan hormonal doit permettre de suspecter.

Il s'agit bien sûr là de cas relativement typiques. Le terrain, les circonstances, rendant difficile ou inopportune la pratique de tel ou tel examen, doivent faire adopter une ligne de conduite plus souple et plus nuancée.

L'hystérectomie garde aussi dans certain cas, sa valeur "biopsique". Nous avons vu qu'il en était ainsi dans près de 50 % des hyperplasies de l'endomètre où la crainte d'une tumeur maligne associée fait plus largement poser l'indication opératoire.

De toute façon, quelle qu'en soit l'indication, et sauf difficultés techniques particulières, l'hystérectomie doit être totale; nos observations de cancer du col restant apportant une preuve de plus de cette nécessité.

La conséquence sur le plan thérapeutique d'un examen méthodique fait tout son intérêt en permettant :

- .. de poser l'indication thérapeutique adaptée à chaque cas par un diagnostic précis.
- .. d'éviter les interventions inutiles, d'autant qu'il s'agit souvent de sujets âgés ayant un terrain général et cardio-vasculaire particulièrement fragile.

C O N C L U S I O N G E N E R A L E

L'étude de ces 450 observations d'hémorragies génitales après la ménopause nous a montré :

- 1°/ - *La difficulté d'un critère précis de post-ménopause* . Le délai de un an depuis l'arrêt des règles, que nous avons adopté après la majorité des auteurs, est valable sur le plan statistique mais ne tient pas compte des phénomènes physiologiques encore mal connus de la période ménopausique.
- 2°/ - *Au point de vue statistique* , l'étude des 415 observations utilisables permet de montrer qu'il existe pratiquement un peu moins de lésions malignes que bénignes (45 % de causes malignes, 55 % de causes bénignes).

Les causes vulvovaginales sont essentiellement bénignes (25 pour 1 maligne) et c'est l'infection qui domine.

Par contre, au niveau du col utérin , c'est une majorité de causes malignes, 66 contre 50 lésions bénignes où l'infection et les troubles hormonaux se partagent l'étiologie.

Au niveau du corps utérin , lésions bénignes (104) et malignes (112) sont pratiquement à égalité. Les lésions bénignes sont diverses :

- atrophie endométriale où le déclenchement hémorragique reste difficile à expliquer,
- fibromes et polypes fibreux,
- hyperplasie de l'endomètre dont l'origine hormonale reste discutable.

-- polype muqueux de l'endomètre, qui est une hyperplasie de l'endomètre localisée et organisée.

- tuberculose utérine.

Dans l'étiologie des hémorragies post-ménopausiques, on retrouve rarement une tumeur de la *trompe* et les *causes ovariennes*, malignes et bénignes, pratiquement à égalité.

Enfin, les *causes médicamenteuses* sont fréquentes, métrorragies d'actualité, conséquences d'une thérapeutique mal comprise et mal indiquée. Mais il faut savoir que ces hémorragies peuvent révéler une cause organique.

3/ - L'étude détaillée des observations et de la répartition étiologique permet de dégager une méthodologie de l'examen :

... examen clinique général et gynécologique incluant les examens paracliniques de consultation : frottis, colposcopie, biopsie, éventuellement curetage endocervical. De ses données dépend l'orientation des investigations complémentaires, parfois retardée en attendant le résultat thérapeutique devant une cause bénigne évidente.

... l'Hystérogaphie est l'examen fondamental d'orientation quasi-systématique dans les limites des possibilités techniques et des conditions particulières.

... le curetage biopsique au moindre doute apporte la preuve histologique et permet l'examen clinique sous anesthésie générale.

... la coelioscopie de plus en plus souvent lui est associée qui comble les lacunes des examens précédents.

... les dosages hormonaux enfin, permettent d'apprécier le terrain hormonal et de dépister certaines tumeurs endocrines.

En CONCLUSION, devant une hémorragie génitale après la
----- ménopause, on doit mettre en oeuvre tous
les éléments dont nous disposons pour aboutir à un diagnostic précis per-
mettant une thérapeutique adaptée.

L'hystérectomie ne saurait être systématique. Si elle
reste d'indication fréquente, elle nécessite un diagnostic préalable ;
elle peut être précédée d'autres thérapeutiques, en particulier radio-
thérapique. Elle ne garde une valeur "biopsique" que dans certains cas
particuliers où nos moyens d'investigations ne concluent pas avec cer-
titude.

B I B L I O G R A P H I E C O N S U L T E E

=====

- La bibliographie complète jusqu'en 1963, se trouve dans la thèse :

" Contribution à l'étude du diagnostic étiologique des
hémorragies génitales et pseudogénitales après la
ménopause". - Analyse de 312 cas.

Thèse PARIS 1964
J.P. HARTMANN

ALBERT

Daily fluctuation in excretion of F.S.H. and L.H. by a post-meno-
pausal woman.
... J. Clin. Endocr. 26 - 371-3 - AVRIL 1966

APOSTOLAKIS

Clearance renale des gonadotrophines hypophysaires chez les femmes
menopausées
... J. Clin. Endocr. 20 - 1437-44 - NOVEMBRE 1960

ARSEN'EVA M.G. et Coll.

Correlation entre l'aspect cytologique vaginal et l'excrétion
des oestrogènes dans l'urine de femme ménopausée.
... A. Kush. Gynec. 36, 86,91 - Janv.Fév. 1960

BENDER S.

Les hormones et la ménopause
... Practitioner 192 - 359-62 - Mars 1964

CARCATZOULIS S.

Excretion des oestrogènes chez les femmes après la ménopause.
... P.M. 69, 1375-8 - 2 DECEMBRE 1961

DIEULANGARD P. et Coll.

"A propos d'un cas de thécome ovarien chez une femme ménopausée".
... Bull. Féd. Gynec. Obst. Fr. 16, 195-7 - Juin-Aout 1964

FRAMPTON J.

"Hyperactivité oestrogénique au cours des métrorragies post-ménopausiques".
... J. Obs. Gynaec. But. Comm. 73, 137-9 - Février 1966

FURUHJELM M.

Hormonal urinary excretion during the climacteric
... Acta Obst. Gynec. Scand. 43, Supp. 7, 42-4 1965

GAUDEFROY M.

"Conduite à tenir devant une méttrragie post-ménopausique".
... J. Sci. Med. Lille - 84 - 217-22 - Avril 1966

GAUTIER P. et Coll.

Métrorragies post-ménopausiques. Etude basée sur approximativement 100 cas.
... Lille Med. 9, 242-6 - Mars 1964

GOLDBLACH. C.

"Hyperoestrogénurie post-ménopausique"
... Concours Med. 86 , 4803-6 Aout 1964

GUILLEMAN P.

"Traitement des incidents de la ménopause".
... Rev. prat. 14 - 7, 819-20 - 1er Mars 1964

KELLER B. et Coll.

"Hyperfolliculisme post-ménopausique causé par des tumeurs sécratoires de l'ovaire - " A propos de deux cas
... Bull. Fed. Gynec. Obst. Fr. 16 - 615-7 - Nov.Déc. 1964

LAJOS L. et Coll.

"Hyperoestrogénisme après la ménopause".
... J. Obst. Gynaec. Brit. Comm. 70 - 1 - 1016-23 Déc. 1963

LAURENCE G.

" La Chirurgie en 1964 "
... Rev. Prat. 14 - 24 - 2973-74 21 Sept. 1964

LE DALL R.

- " A propos de deux cas de métrorragies post-ménopausiques causées
par l'administration de 16 chloro-cestro-ne" .
... Bull. Fed. Gyn. Obst. Fr. 15 476-8 - Juin-Août 1963

LEGER L. et Coll.

- " Endométriose et ménopause" .
... J. Chir. (Paris) 93 171-6 Février 1967

LEMAIRE W.J. et Coll.

- " Conisation du col. Supplément au curettage dans le diagnostic des
métrorragies post-ménopausiques" .
... Obstet. Gynec. 28 704-6 Novembre 1966

Mc EWEN

- Ovarian failure and the ménopause
... Canad. Med. Ass. J. 92 962-9 Mai 1965

MARQUEZ RAMIREZ L. et Coll.

- " Hémorragies de la période post-ménopausique et cancer endométrial" .
... Tokoginec Pract. 23 86-91 Mars 1964

MASUKAWA T.

- Frottis vaginaux chez les femmes après 40 ans .
... Obstet. Gynec. (NY) 16 407-13 Octobre 1960

PALOUCEK et Coll.

- " Métrorragies post-mésopausiques bénignes " .
... JAMA 199 10 701-8 6 Mars 1967

PAULSEN C.A.

- ... J. Am. Geriatrics Soc. 6 803 1958

PERRAULT KLOTZ

- Physiologie de la ménopause
... Sem. Hop. 37 2179-84 Juillet 1961

RODRIGUEZ SORIANO J.A. et Coll.

- " Problèmes posés par les hémorragies d'origine médicamenteuse dans
la période post-mésopautique en relation avec le diagnostic du
cancer de l'endomètre" .
... Tokoginec. Pract. 23 92-5 Mars 1964

RAPPE J. et Coll.

- " Hématométrie post-ménopausique" .
... Bull. Ste. Roy. Bel. Gynec. Obst. 33 499-504 1963

RAURAMO L. et Coll.

- " Métabolisme des oestrogènes chez les femmes ménoposées ayant un cancer génital" .
... Ann. Chir. Gynaec. Fenn. 52 351-5 1963

RAURAMO L. et Coll.

- " Signification de l'activité oestrogénique dans les cancers génitaux de la post-ménopause" .
... Ann. Chir. Gynaec. Fenn. 53 110-4 1964

ROUCHY R.

- " Tuberculose de l'endomètre post-ménopausique".
... Bull. Fed. Gynec. Obst. Fr. 17 407-9 Sept.-Oct. 1965

SERMENT H. et Coll.

- " Statistiques sur une série de métrorragies post-ménopausiques" .
... Marseille Chir. 15 354-6 Juil.-Sept. 1963

SERMENT H. et Coll.

- " Problèmes endocriniens des métrorragies post-ménopausiques dites idiopathiques" .
... Rev. Fr. end. Clin. 7 499-510 Nov.-Dec. 1966

SPENCE A.W.

- " Troubles hormonaux après la ménopause" .
... Practionner 192 363-9 Mars 1964

TROPEA P.F.

- Quelques aspects endocriniens de la ménopause dans leurs rapports avec la thérapeutique .
... Rev. Franc. Gynec. 63 6 329-336 1968

VALETTE C. et Coll.

- " Explorations biologiques au cours d'oestrogénothérapies cycliques chez la femme âgée" .
... Bull. Fed. Gyn. Obst. Fr. 18 77-9 Janv.-Mars 1966

YAHIA C. et Coll.

- " Variations journalières de l'excrétion de LH dans le carcinome de l'endomètre et dans la ménopause normale" .
... Ann. J. Obst. Gyn. 88 730-2 15 Mars 1964

